

平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

【課題 26】 精神障がい者の地域生活支援技術研修会

「精神障がい者地域生活支援入門講座」

テキスト

社会福祉法人 南高愛隣会（コロニー雲仙）

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
テキストの使い方・・・・・・・・・・・・・・・・	5
第1部 精神障がい者の施策の歴史と支援者の理念	
第1章 障害者基本法改正と精神医療	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	6
2. 精神障がい者との関わり・・・・・・・・	8
3. 障害者の権利に関する条約・・・・・・・・	9
4. 合理的配慮と障害者差別禁止法・・・・・・・・	10
5. 障がい者制度改革推進会議について・・・・・・・・	12
6. 医療・合同作業チーム～第二次意見に向けて・・・・・・・・	13
第2章 精神障がい者の地域移行支援と障害者福祉施策の動向	
1. 精神障がい者の現状と精神障がい者施策について・・・・・・・・	14
2. 地域移行支援事業等の現状について・・・・・・・・	18
3. 障害者自立支援法等の改正について・・・・・・・・	21
4. 平成23年度予算案等の概要について・・・・・・・・	23
5. 精神障害者アウトリーチ推進事業・・・・・・・・	25
第3章 精神障がい者の地域生活支援の背景と理念	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	26
2. 精神障がい者とは、知的障がい者とは・・・・・・・・	28
3. 精神保健医療福祉の抱えてきた課題とこれから・・・・・・・・	29
4. おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・	34
第2部 精神障がい者支援の基礎知識	
第1章 統合失調症等の精神医療の基礎知識	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	38
2. 統合失調症とは・・・・・・・・	40
3. 統合失調症の病気の原因は？・・・・・・・・	41
4. 統合失調症の具体的な症状と障がい・・・・・・・・	43
5. 統合失調症の回復過程と障がい・・・・・・・・	45
6. 統合失調症の治療・・・・・・・・	47
第2章 精神障がい者の地域生活支援とケアマネジメント	
1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	56
2. 地域生活支援導入期のポイント・・・・・・・・	57
3. 支援の見直しのポイント・・・・・・・・	58

4. 生活支援プログラムとは・・・・・・・・・・・・・・・・	59
5. 連携のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・	60
6. 医療との連携のコツ・・・・・・・・・・・・・・・・	60
7. 対人援助の際の支援者としての基本とコツ・・・・・・・・	61
8. ケアマネジメントとは・・・・・・・・・・・・・・・・	64
9. 個別支援計画立て方のコツ・・・・・・・・・・・・・・・・	65
10. 支援の引き継ぎ・・・・・・・・・・・・・・・・	67
11. 精神障がい者支援のポイント・・・・・・・・・・・・・・・・	68
12. おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・	68

第3部 精神障がい者地域生活支援ヒント集—各地の取り組み

第1章 日中活動支援の取り組み

I. 東京世田谷での実践報告

1. 初めに・・・・・・・・・・・・・・・・	70
2. 社会福祉法人はるの紹介・・・・・・・・	71
3. 利用者の手記・・・・・・・・	71
4. 精神障がい者の障がい特性と就労支援の実際・・・・・・・・	73
5. 支援者として大切にしていること・・・・・・・・	74
6. 「働く事」で得られるものとは・・・・・・・・	76
7. 精神障がい者にとって「働く事」で心配なこと・・・・・・・・	77
8. パイ焼き窯の運営・経営方針・・・・・・・・	78
9. パイ焼き窯の特徴・・・・・・・・	80
10. 終わりに・・・・・・・・	82

II. 福島県泉崎村での実践報告

1. はじめに・・・・・・・・	86
2. こころんの取り組み・・・・・・・・	87
3. 新たな仕事の開拓・・・・・・・・	90
4. 退院促進支援と地域生活支援を活用したMさんのストーリー・・・・・・・・	91
5. 日中活動支援と就労支援の取り組み・・・・・・・・	92
6. おわりに・・・・・・・・	94

第2章 在宅者への訪問活動の取り組み

I. 千葉県市川市での訪問活動の実践報告

1. はじめに・・・・・・・・	96
2. NPO法人ほっとハートのご紹介・・・・・・・・	97
3. 訪問による生活訓練の具体的な支援内容・・・・・・・・	100
4. ヘルパーが感じた疑問点とその対応～実践から～・・・・・・・・	104
5. 精神障がい者の支援を通じて感じていること・・・・・・・・	108
6. おわりに・・・・・・・・	109

II. 山形県鶴岡市NPO法人やすらぎの会の実践報告

1. はじめに	110
2. NPO法人やすらぎと訪問活動の関わり	110
3. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)の取り組み	111
4. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)の対象と基本的考え	112
5. 訪問による生活訓練(自立訓練事業)のポイントと実際	114
6. おわりに	116

第3章 当事者の体験発表記録集	118
-----------------	-----

参考資料

参考資料：メンタルヘルスの情報サイト	126
障害者総合福祉推進事業の概要とアンケート結果概要	

はじめに

障害者自立支援法施行により、日本の障がい者支援の在り方は新しい時代へと目まぐるしく変化しています。不十分な点はあるにしても、障がい種別による縦割りのサービスから脱却し、新たなサービスの在り方を模索するきっかけを与えてくれた点は高く評価されるべきところと思われます。これにより、現在も、そして未来にも新たな取り組みが次々に行われていくこととなるのでしょう。

しかし、これらの動きが障がいをもつ方々にとって本当に役に立つ、選ばれるサービスの在り方となりえるのか、確かな実感を持ってない方もいらっしゃるのではないのでしょうか。また、福祉サービスのみを提供してきた支援者の中には、過去の障害種別ごとのサービス提供の在り方に慣れ親しんできたことから、今まで自分たちが出会ったことのない障がいを持った方々が何を望み、どんなサービスを求めているのかわからず、支援者は何を目的に支援サービスを提供していけばよいのか不安を感じられている方もいらっしゃるかもしれません。

本事業は、現在の精神保健福祉医療のあり方等に関する検討における最大の課題である地域生活支援体制の構築・強化にあたり、知的障がい者を主たる支援対象とする福祉事業者が、精神障がいについて理解し、精神障がい者支援への理解を進める事を目的とし、障がい者の、特に精神がい害を持つ方の地域生活を支える大きな柱の一つとなっただけないかとの願いを込めた事業です。

現在の過度に精神科病院の入院機能に頼り過ぎた精神医療から脱却するためには、医療者の意識改革と同時に、地域生活における実用的で、効果のある生活支援プログラムや柔軟な支援方法を生活や就労を支える支援者に啓蒙、普及、定着させ、医療と福祉の有機的連携による精神保健福祉医療のさらなる発展を目指さなければならないと考えています。

本テキストは、特に精神障がいの地域生活支援の入門編という位置づけです。深く理解するというよりも啓蒙に力を入れています。「これから精神障がい者地域生活支援に取り組むみたい」、「最近始めたけど、基本的なことを知りたい」とお考えの皆さまにお読みいただければと願っています。

このテキストを入り口として、熱心で活発な議論を通して、精神障がい者への正しい理解と支援サービス提供の在り方を考えるきっかけにさせていただけることを心よりお願いいたします。

平成 23 年 3 月

社会福祉法人南高愛隣会(コロニー雲仙)

田島光浩

「精神障がい者地域生活支援入門講座」テキストの使い方

本テキストは、「精神障害者の支援を実施したことがない」、もしくは「最近取り組み始めた」という障害福祉サービス事業所、介護サービス事業所等の支援者の方々に、精神障害者地域移行支援と地域生活支援に必要と考えられる知識基本的な支援ノウハウの提供及び情報提供を行うことを目的としています。

内容は以下の4部構成になっています。

興味あるところからお読みいただけるようになっています。

第1部 精神障がい者の施策の歴史と支援者の理念

第一部では、精神障害者の施策の背景や歴史的考察を掲載しています。何故社会的入院と言われる「条件を整えば退院可能」と言われる人たちが生み出されたのか・・・行政説明も交えて説明させていただきます。

第2部 精神障がい者支援の基礎知識

第二部では、精神障害者の中で福祉サービスの対象としてもっとも多い統合失調症の治療、特に薬物療法について基礎的な情報と、ケアマネジメントについて、精神障害者地域移行支援対象者事例に沿って流れを載せています。

第3部 精神障がい者地域生活支援ヒント集—各地の取り組み

第三部では、実際に地域生活支援を実践している事業所の実践です。就労支援、地域生活支援、在宅の訪問による支援など4事業所を紹介しています。

第4部 当事者の体験発表記録集

精神障害当事者の方々に研修会場にお越しいただき、体験談をお話しいただきました。その講演録をまとめたものです。可能な限りそのままのお話しを載せたくて、余り編集をかけていませんので、どうしても会場で直接聞くのとは違って、文章にするとわかりにくい点もあります。

最後に、ご参考までに、本テキストの校正の元になった、事業所の皆様にご協力いただいたアンケート結果概要を掲載しています。

また、メンタルヘルスの情報サイトを文末に、参考図書を文中に載せていますので、ご活用ください。

第1部 精神障がい者の施策の歴史と支援者の理念

第1章 障害者基本法改正と精神医療

日時 2011年2月12日(土) 9:00
主催 南高愛隣会(コロニー雲仙)

障害者基本法改正と精神医療 「この邦に生まれたるの不幸」の終焉

堂本暁子



1. はじめに

私と精神障がい者の皆さまとの関わりはTBSというテレビ会社でドキュメンタリーを作っていたころに、精神障がいの問題を取り上げたことが私にとってのスタートでした。

今日は、今とても大きな改正をやろうとしている障害者基本法改正と精神医療、そして「この邦に生まれたるの不幸」これを終わらせたいということをスタートとして話を始めたいと思います。

精神障がい者支援をやる方の多くが知っている有名な言葉があります。1865（元治 2）年に生まれた本当に古い方で、東京帝国大学医科大学(現東京大学医学部)の精神科医呉秀三¹さんがドイツに勉強をした後、我が国の精神病者の座敷牢(私宅監置)の全国調査を行い、その論文の中で、「この病を受けたるの不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」と冒頭で述べています。

今からもう 100 年以上前です。残念ながら日本はなかなかここから脱却できずにいるわけですが、私はできれば今、私たちの時代にこの「この国に生まれたるの不幸」これを終わらせることができたならどんなにいいかと思っています。

なぜこのように呉先生がおっしゃったかというと、1900（明治 33）年に初めてできた精神の法律は精神病者監護法²ですが、精神障がい者を収容する法律だったわけですね。それは昭和に入っても措置入院に引き継がれ、ずっとそういった傾向が続いてきました。

呉秀三（元治2年～昭和7年）



Wikipediaより転載

「この病を受けたるの不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」

1901年 東京帝国大学
医科大学教授

【図表 1-1-1】

¹呉秀三のプロフィール <http://web.sc.itc.keio.ac.jp/~kokikawa/seisin/seisin38.html>

²精神病者監護法は座敷牢等に収監されている精神病者の保護の名目で出来たが、社会治安が色濃く座敷牢を「私宅監置」として公認する手続き法。1949(昭和 24)年精神衛生法成立と同時に廃止された。

精神障がいとは他の知的障がいとか身体障がいと同じように福祉の対象として扱われてきませんでした。具合が悪い場合には、福祉の施設に行くというよりは、「入院」というように考えられていました。

宇都宮病院事件³といったいろいろな事件をきっかけに、だんだん人権が大事だと思われるようになって、法律は少しずつ良くなっていくわけなんです。

しかし、未だに精神障がいとは日本では他の障がいと比べると差別もされ、そこには福祉的なサービスの差もあるということが言えます。

時代は 20 世紀から 21 世紀にかけて、私はとても大きく変わったと思っています。たとえば経済成長から低成長の時代に入った。そして、人間安全保障ということが言われ、もっともっと人間が大事にされる。そういった世紀に 21 世紀はなってきた。外国でもどんどん人権的な視点が重要視され、国際的には障害者の権利条約というのが去年採択されたのです。

国際的な流れの中で、障がい者のこれから制度をどのように改革していくか、これは精神だけではなく、あらゆる障がいについて、どう大きく変革をしていくのかという作業を今、内閣府で障がい者制度改革推進会議で検討しているところです。その障がい者制度改革の推進のための第二次意見書⁴が出ました。とても大きな変化が今起こりつつあります。

【図表 1-1-2】

この第二次意見のポイントなのですが、まず精神障がい者の社会的入院を解消し、強制入院や行動制限⁵という強制的措置を可能な限りなくすということです。次に、非自発的入院に際しては基本的人権の尊重の観点に基づき、障がいのない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続を保証することです。

そのためには、現行制度を大幅に見直して、新たな仕組みを構築することが必要になります。例えば司法、行政などの第三者が実施するような仕組みを取り入

れる必要があります。これは、今までの日本の精神障がい者の制度からいうと、言ってみれば根本からひっくり返すような大きなことなのです。

この意見は「障がい者制度改革推進会議」と「障がい者総合福祉部会」の合同会議で出した意見で、私はその中の「医療」の座長です。その構成員には、当事者の方が半分いらっしゃる、そういった会議の中で出てきた考え方なんですけども、はたして第二次の意見の内容がこれから改正される障害者基本法に明記されるかどうか。これが大問題です。これだけ大胆な意見がどれだけ障害者基本法に記入されるか

どうかはまだわかりません。本当にこれはよその国に比べて遅れています。精神障がいについては最初に担当した大臣、福島みずほさんは「もしこれは実現すれば革命である。」とまで言いました。

障害者制度改革の推進のための 第二次意見

- 精神障害者の社会的入院を解消し、強制的措置を可能な限りなくす
- 非自発的入院に際しては、基本的人権の尊重の観点に基づき、障害のない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続を保証すること(そのため現行制度を大幅に見直し、新たな仕組みを構築すること。例えば司法、行政等の第三者が実施する仕組み)

【図表 1-1-3】

**第二次意見の内容が、
改正される障害者基本法に
明記されるかどうか問題**

³ 宇都宮病院事件:1983 (昭和 58) 年に、栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で看護職員らの暴行によって患者 2 名が死亡した事件

<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%AE%87%E9%83%BD%E5%AE%AE%E7%97%85%E9%99%A2%E4%BA%8B%E4%BB%B6>

⁴ 障がい者制度改革の推進のための第二次意見

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/iken2-1.pdf>

⁵ 身体拘束や保護室に隔離すること。

2. 精神障がい者との関わり

【図表 1-1-4】

ではどういうことで私が精神障がいについて深く知るようになり、精神障がいと出会ったかをお話しします。それは当時、不登校の子供を取材した時のことです。

取材したその子供が精神科病院にいられてしまいました。そこで、びっくりして精神科病院に会いに行ったら「僕、何も悪いことしてない。泥棒もしてないし、ものを壊したりもしてない。なぜ格子の中に入れられるんだろう？」と、その中学生の子供が言いました。本当に不思議だなと思いました。

精神障がいとの出会い

精神病院の中で出会った不登校の子供達

**「僕は何も悪いことをしていないのに、
何故格子の中に入れられるのだろう・・・」**



【図表 1-1-5】

これから私が 25 年前に取材し作ったビデオの一部をご紹介します。そのビデオを作るきっかけは、取材を進めているうちに、外国の法律家の人にこう言われました。

「日本は確かに経済大国になった。桜の花も美しい。素晴らしい先進技術がある。しかし、障がい者が地域の中で自分らしく生きられる社会でない限り、本当の意味の先進国ではありませんよ。特に精神障がいの人が、地域の中でその人の人権が守られる。そういう生き方ができる。そういう環境が守られる。そうしないと日本は真の一等国として、先進国の中に仲間入りはできませんよ。」お金だけじゃないんですね。本当に、人間を大事にする国。その国こそが真の意味での先進国なんだということです。本当の意味で人間らしく、心豊かに生きられる。そういった日本を作るということが求められているのだということを知りました。

世界の精神医療と日本の落差

**「日本のマスコミが、あなたが精神障
害者への差別をつくっている。」**

**人権の視点から精神障害を
取り上げたことがあるのか」**



イギリス人記者の指摘

それで世界の精神医療と日本を比較することになるんですけども、イギリスのジャーナリストにこう言われたんですね。「日本のマスコミが、あなたたちが精神障がい者への差別をつくっているんだよ。」私はむしろそのことを大事にしようと思っている。差別なんてしているはずがない。と一旦は思ってみましたが、やはりそうなんです。例えば精神科病院というと途端に顔にくまをかけたり、あるいは名前を消したり。そういうことをテレビでも新聞でもやってきた。ああ、この人たちは別のヒトなんだと。そういう考え方というか、無意識のような差別が自分の中にあることに気が付きました。そうではないんだと。もっと人権の視点から精神障がいを取り上げることができるんじゃないかとイギリス人に言われた。確かに、「あなたはあなたの人権がどう侵されているか。」「あなたはどう生きたいのですか？」と正面きってその障がいをもった方に、当事者に真正面から聞いたことがなかった。

本当に水をあびせられたような気持ちになって、ロンドンから日本についてすぐに精神障がい者の方の取材を始めたんですが、関東では誰も答えてくれない。「そんなテレビに出たら、ますます差別されるから嫌だ。」と言われてしまいました。

しかし、北海道にいったら堂々とテレビのカメラの前で、今から

「人間らしく生きたい」



報道特集

人権の視点から作成

【図表 1-1-6】

もう 25 年以上前なんですけども、話してくださった。そのビデオを、「人間らしく生きたい」というビデオですがちょっと見て頂きたいと思います。

DVD 上映：「人間らしく生きたい～札幌すみれ会の取材より～」 1987（昭和 62）年

3. 障害者の権利に関する条約

このドキュメンタリー報道から 20 数年たって世界は大々的に変わりました。

イタリアなんかは精神科病院を廃止してしまいました。そして、できるだけ地域で皆さんが生活できるように人権的な視点で変わっていったんです。

2006（平成 18）年の 12 月、障害者の権利に関する条約が採択されました。

これは、採択されてすぐ日本は署名はしているんですね。しかし、現在 95 か国がすでに批准していますけども、日本はいまだに批准できずにいます。その理由は、やはり今の日本の法律はまだ人権を侵害すると、権利を守ることが担保されていないからです。今私たちがやっている作業は堂々この条約を私たちが受け入れられるような、そういった福祉の制度に変えていこうということです。世界的に皆さん同じような思いを持っていて、ニューヨークにも当事者が集まってきました。

【図表 1-1-7】

障害者の権利に関する条約	
	2006年12月13日に第61回国連総会において採択
	2007年9月28日に日本政府が署名
	2010年10月23日現在、95か国が批准

NOTHING ABOUT US.WITHOUT US.私たち抜きに、私たちのことを決めないで下さい。これが基本の視点です。当事者を抜いて、ビデオの中で、すみれ会の彼女が「犬のように扱われたのが悔しかった。」こう言いました。精神だろうが、精神じゃなかろうが、多くの障がい者が、自分を人間として扱ってくれ。自分は人間なんだから。その思いが国際的な大きなうねりになりました。

【図表 1-1-8】



前文ですけども、障がい者が、全ての人権及び基本的自由を差別なしに完全に享受することを保証するということが基本的な精神です。

【図表 1-1-9】

前文から	
	・障害者が、全ての人権及び基本的自由を差別なしに完全に享受することを保障
	・キーワード
	—社会モデル —合理的配慮

社会モデルというお話がありましたが、精神障がいとは、本当にこの日本のなかで、100 年以上医療モデルだったんですね。医療モデルは障がいをどうとらえるかというと、異常だとする。社会モデルとしては、いや、それは個性のうちに入る。例えば、本当に子供の時から、片方の足が不自由な方。それを異常というのか、個性というのか。また、社会適応の手段ですけど、医療モデルでいえばリハ

ビリテーション。しかし、社会モデル的な考え方からいくと、社会の改善によって行う。例えば車いすで乗れるようなエレベーターもとても多くなったし、傾斜したスロープも多くなりました。それから社会保障の課題にしても、福祉、保健を重視するのか、あるいは人権といった視点を重視するのか。

【図表 1-1-10】

社会モデル		
障害を、個人的問題だけではなく、社会によって作られた問題とみなし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる		
	医学モデル	社会モデル
障害とは	異常	個性
社会適応の手段	リハビリによる	社会の改善による
社会保障の課題	福祉、保健	人権

4. 合理的配慮と障害者差別禁止法

【図表 1-1-11】

もう一つの大きなキーワードは合理的配慮です。

障がいのある人が、他の人と同じように社会生活を送れるように、社会の方で必要な変更や調整をすること。さっきのスロープもそうですし、精神の方だったら、勤務時間をなかなか長く勤務することが難しい。そういった場合に半日勤務の体制をとるとか、社会の方で場合や、時間を工夫をすることによって受け入れる。これをしていくことが謳われています。

合理的配慮

- 障害のある人が、他の人と同様に社会生活を送れるよう、社会の方で必要な変更や調整をすること
- たとえば車いすの人を雇う際、職場にたどりつくためのスロープの設置が合理的配慮になる

実際に障がい者に対する差別を禁止する法律を制定しているのがこういった国々ですが、残念ながら我が国にはまだありません。

今、内閣府障がい者制度改革推進会議では、三つのことをやっています。

一つは障害者基本法を権利条約を批准できるような方向で改正すること。二つ目は、障害者差別禁止法を制定すること。三つ目は、自立支援法に代わる障がい者の総合福祉法を作ること。この三つの大きなうねりが、国のレベルで進んでいます。

【図表 1-1-12】

障害者差別禁止法を制定した国

- | | |
|-----------|----------|
| • アメリカ | • EU |
| • カナダ | • イギリス |
| • オーストラリア | • ドイツ |
| • 韓国 | • スウェーデン |
| • 香港 | • ハンガリー |

千葉県では、障がい者の側からどうしても差別をなくしてほしいということで、2004（平成 16）年の第三次障がい者計画の中に、差別をなくす、そういった生活を大事にするということを書き込みました。障がい者差別をなくすための研究会が、当事者の方たちを中心に開かれました。野沢さんと(毎日新聞の方)が座長でした。東さんは国連でも日本の代表として大活躍した方ですが、ニューヨークから帰ってくると、どういう議論がされているかということを話してくださいました。

【図表 1-1-13】

障害者差別をなくすための研究会



【図表 1-1-14】

タウンミーティングが各地で開かれました。みんな、どういうのがいったい差別なのか、その差別をなくしていくことが大事なのだと話を合いました。

それで差別を禁止する条例を県議会に出すんですが、賛成してもらえません。

ある種の議員さんは、やっぱり障がいを持った方たちを知らない。理解しない。世界的な時代の流れ、日本の大きな時代の変化。そういったものを理解しない。

千葉県議会の傍聴会なんですけども、170 席あります。そこを障がいを持った方が毎日毎日うめました。それは差別されないための条例を通すために、遠くても近くても、車いすにのって、盲導犬に引かれて、あるいは手話通訳の方を通して、参加しました。6 月の議会に条例を出そうとすると今度は否決するといわれました。

そこで私は急きょ、研究会の方に集まって頂いたんですね。私が出したというよりは、一人一人の障がい者その人たちが自身、あるいは家族が、それから施設の関係者の人たちが、みんなが必死になってやってきたことを、知事一人の気持ちで決心はしたくない。皆さんどうしましょう、この事態に対して。ということ聞いたところ、今まで学校で、教育委員会で、あるいはその地域で障がい者のことがこんなに真剣に話されたことがあったか。無い。話し合いによって、やはり理解を深めていくことが何より大事だ。ついては、この炎を消さないでください。それで県庁の職員は反対だったかもしれないけども、私は引き下げる決心をしました。

それから夏の間中、教育委員会とか、学校とか、企業とか、いろいろなところに足をみんなが運んで、当事者の方も、親もいろいろな人が運んで、そして障がい者ともっと理解を深めてほしいということを話し合いました。

【図表 1-1-15】

9 月の議会で「障害のある人もない人も共に暮らしやすい千葉県づくり条例」⁶を再度提案しました。この時までに野沢さんをはじめ、当事者の方たちが議員さんにあって、一生懸命説明をしたんですね。そうしているうちに一人変わり、二人変わり、そうして変わっていきました。最終的には満場一致で可決成立したんです。これが通った瞬間ですけども、これをつくったのは誰でもない、一人一人の当事者だったし、関係者だったし、家族だったんですね。



- H18年2月議会
条例案を提案⇒継続審査
- H18年6月議会
条例案を撤回



⁶ 千葉県ホームページ <http://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/index.html>

【図表 1-1-16】

何が一番大事かといえば、今、国やそれから市町村や県に皆さんが期待することよりも、現場で働いていらっしゃる皆さんが、ご自分たちの中からうねりを作っていただくことだろうと思っています。そのことが、やはり一番大きな力でした。障がい者は弱い存在だと思われがちですが、そうではありません。大勢の当事者の方たちは本当に心豊かだったし、深かったし、そのことは皆さんが毎日経験していらっしゃると思うんですけども、そうした人たちの力が一つの大きなうねりになった時に、成立することができた。条例を作ることができた。これを県のレベルではなくて、今度は国のレベルで実現したいと、私たちは思っています。そして、世界の人たちから、やはり日本は経済大国だけではなくて、人権大国なんだ。福祉大国なんだ。人間を大事にする国なんだ。ということを言ってほしいと思っています。今では北海道までいきました。

この、各地でのうねりが国を変えていくと、私はそのように思っています。

日本で初の障害者条例づくり

障害のある人もない人も共に
暮らしやすい千葉県づくり条例

・北海道、岩手、愛知など日本各地に
広まっている

5. 障がい者制度改革推進会議について

【図表 1-1-17】

障がい者制度改革推進会議⁷が当事者が参加している国レベルで初めての会議だということをできます。

これは政権交代があって、こういうものができてきました。障がい者の権利に関する条約の締結に必要な国内法の整備、それが今の課題です。

障害者基本法の改正。

そしていま、いろんな形でこの会議の特徴をお知らせしていますが、藤井さんも目の見えない方だし、東さんは車いす。尾上さん、身体障がい者の方です。このように当事者が参加しての会議に価値があると、私は思います。

「障がい者制度改革推進会議」

日本における初の
当事者参加の会議



そして、内閣府が作る基本法にこういった方たちが主張した内容が入れられるかどうか、一番のポイントだと申上げましたけども、ぜひそのことを内閣府の官僚の方たちも、理解して、日本で今までに大胆な改革は福祉の世界でやられてこなかったと思っています。今回は大胆に変える必要があるとそういう風に考えます。

【図表 1-1-18】

第1回会議での堂本発言

- ・省庁や制度の都合でなく「当事者のニーズ」を真ん中において議論を進めること
- ・すべての人が暮らしやすい地域社会を築く視点で議論を展開



⁷内閣府 障がい者制度改革推進会議 <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html>

6. 医療・合同作業チーム～第二次意見に向けて

【図表 1-1-19】

第二次報告で一番大事なことは、精神障がい者の非自発的な入院や身体拘束は人権上の問題があるとの視点に立ち、障がい者の医療に関連する現行法体系を抜本的に改正すること。

はじめに
精神障害者の非自発的な入院や身体拘束は人権上の問題があるとの視点に立ち、障害者の医療に関連する現行法体系を抜本的に改正する。

【図表 1-1-20】

そして、障害者基本法に盛り込むべき内容として、社会的入院を解消し、地域社会で受け入れること。精神疾患の入院ニーズを精査し、精神科病床の削減計画を立てること。

入院に代わる地域での医療体制の構築。強制的な入院は人権保護の視点から、原則として認めない。でも、どうしても必要な場合には、障がいのない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続を保証する。

障害者基本法盛り込むべき内容

- ・「社会的入院」を解消し、地域社会で受け入れること
- ・精神疾患の入院ニーズを精査し、精神科病床の削減計画を立てる
- ・入院に代わる地域での医療体制の構築
- ・強制的な入院は人権保護の視点から、原則として認めない
- ・必要な場合には、**障害のない人との平等を基礎とした実効性のある適正手続**を保証する

【図表 1-1-21】

地域移行についてですけれども、地域移行推進支援、それから地域移行を実現するに当たっては、退院する人を地域で支える住居の確保、就学、就労など地域移行支援システムの構築が必要不可欠であるということ。これを実現して、障害者権利条約の批准に向けて、皆さんが地域移行のところで、力を発揮していただきたい。知恵を出していただきたい。そして、人間としての暖かさと心を持って、精神障がいの方たちも受け入れて頂きたい。長期の入院が問題になりましたけれども、できる限り一定の期間がたったら、今度はまた自立して地域に移り住んでいけるような、そういった工夫も必要かと思います。ありがとうございました。

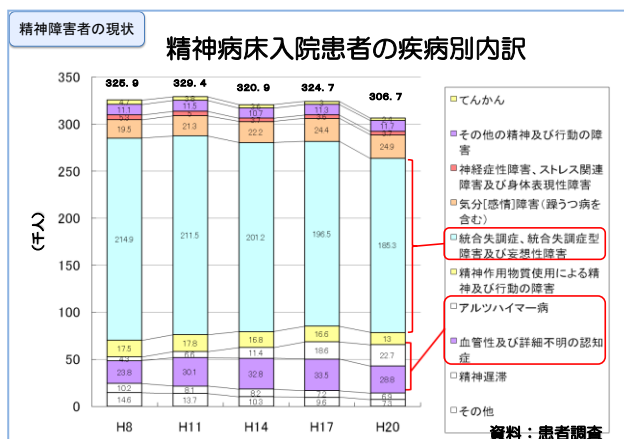
地域移行について

地域生活支援・地域移行を実現するに当たっては、退院する人を地域で支える住居の確保、就学、就労など地域移行支援システムの構築が必要不可欠である。

障害者権利条約の

批准に向けて



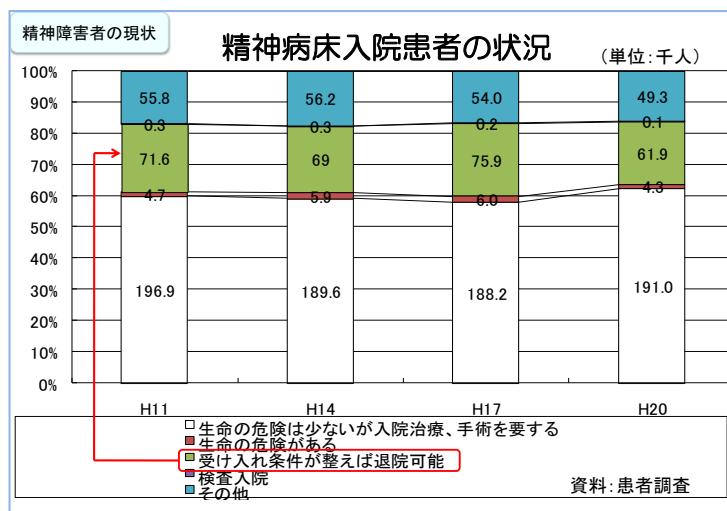


【図表 1-2-4】

5 年以上とか、10 年以上入院されている方は、みなさんが日々入院して治療が必要なのかという点と必ずしもそうではなくて、こちらはそれぞれの病院について、お医者さんに入院されている方に「どうして入院されていますか」という理由を尋ねたものです。それを見て頂きますと、受け入れ条件が整えば退院は可能な人が、一定割合で常に入院しているという現状です。

例えば地域移行というものを考えるときに、生命の危険があれば優先的に治療していただくということになります。

「受け入れ条件が整えば退院可能」だと判断されている方が、病院の中にずっと入院されていて、医療の力だけでなかなか退院とか地域移行というものができないのであれば、それは地域のお力をお借りして、福祉施策として地域移行を進めていけないか。そのように考えているところです。



【図表 1-2-5】

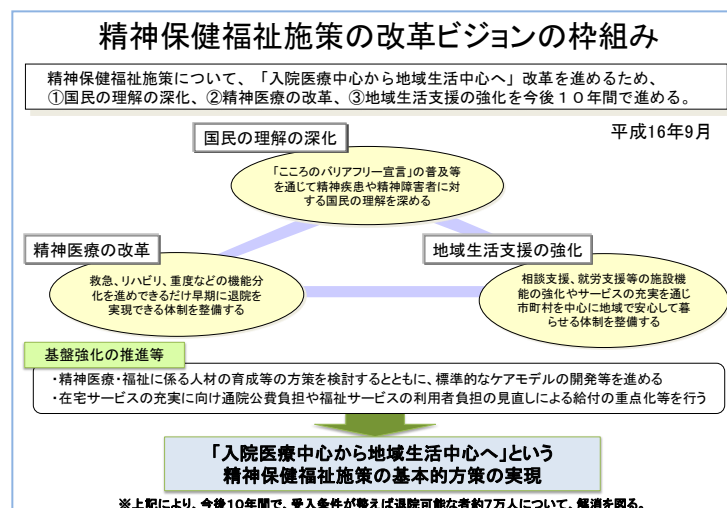
それはきちんと施策として考えておりまして、その施策の軸になっているのが、右スライドの「精神保健福祉施策の改革ビジョン」⁸になっております。

現在国の方で、精神障害者の施策について、このビジョンを元にしていろいろと検討を行っております。

精神障害者の方を「入院医療中心から、地域生活中心へ。」こうした改革を進めたいというのが、このビジョンの一番大きな理念になっております。

改革ビジョンとしても、入院中心ではなくて、地域で支えるというそういった仕組みづくりに変えていくという、医療の方で言うところと精神医療改革といわれていますが、そうした改革を何とか進めていきたいと考えております。

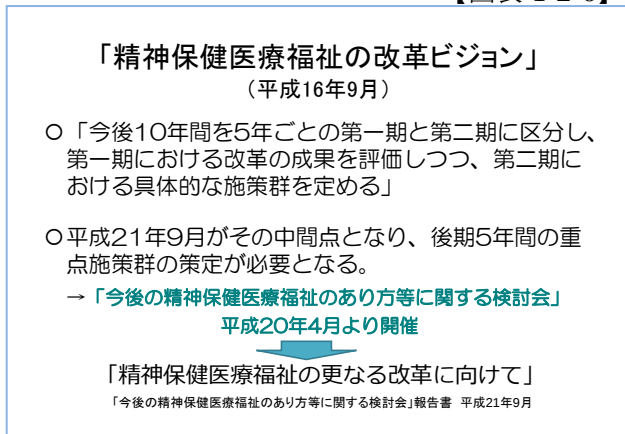
その改革を達成するために、まずは「国民の精神障害者の方に関する理解を深める」こと。「精神医療を改革していく」こと。そして「地域生活支援を充実強化させていく」こと、こうした三つの柱でこれまで進めてまいりました。この三つの柱にそって進めていくことで、何度も申し上げますが、入院医療中心から地域生活中心へという、基本的な方策を実現すべく施策を進めることによって、今後十年間で、先ほど見て頂いた、受け入れ条件が整えば退院可能な約 7 万人の方について、そうした課題の解決も図っていききたいと、具体的な数値目標としてあげて、現在のところ取り組んでいるところです。



⁸ 2009(平成21)年9月24日に公表された今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 厚労省ホームページに掲載されている。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>

このビジョンというのは、10年の計画で進めております。この10年計画を二つに分けて、5年毎に第一期、第二期と区分してこれまで施策を検討してきました。2009（平成21）年度からは、9月が中間点となることから、後期の5か年間にどのような施策を重点的に行っていくのか、これまでの施策を検討するための検討会を開催しました。その検討会の中で、あらためてこれまでの5年間の取り組みも評価しつつ、今後5年間、2014（平成26）年までに何を実施していくのかを、検討会の報告書「精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて」として取りまとめを行いました。

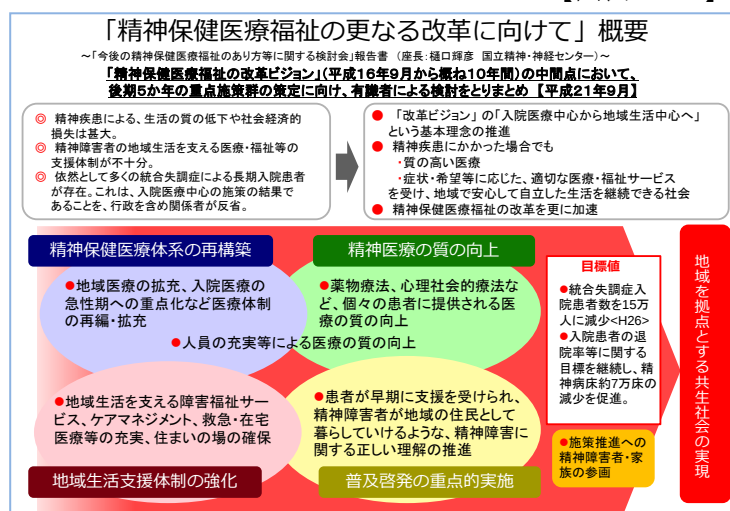
【図表 1-2-6】



右図はその報告書の概要です。

改革ビジョンで10年間で7万人の地域移行という課題を解決していくために、今後は四つの柱を立て、施策を進めるものです。一つは「精神保健医療体系の再構築」をしていくこと。そしてもう一つが「精神医療保険の質を高める」こと。次に「地域生活支援体制の強化」をすること。そして「普及啓発を重点的に実施」していくこと。この四つの施策を推進し、当初の10年間で、7万人の解消をはかるという目標に加えて、今後は、統合失調症の患者さんが実際に入院されている数が、この2014（平成26）年度には減るように、目標に向かってこの施策を展開していくとこの検討会の報告書で取りまとめられています。

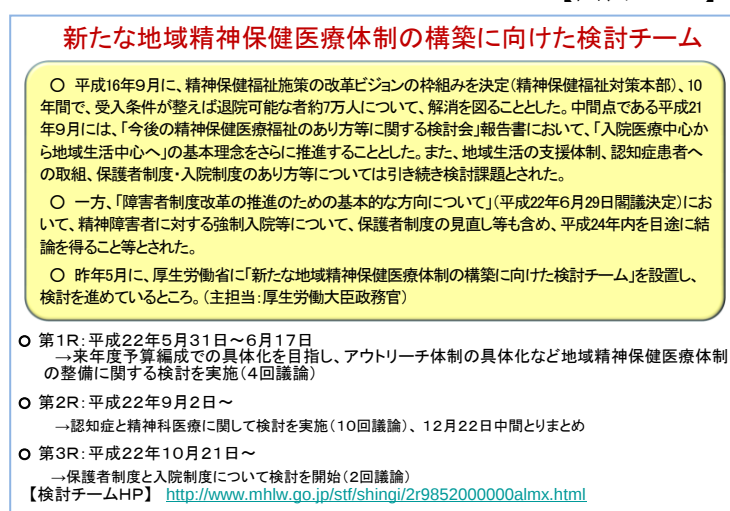
【図表 1-2-7】



ただそれぞれの項目については、具体的に何を行っていくのか、より効果的な施策を展開していくために、さらに新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームというものを、昨年度から立ち上げまして、この中でまた個別具体的な課題について、いろいろ検討を行っています。

右図に第1R⁹、第2R、第3Rと書いて

【図表 1-2-8】



⁹ 精神保健医療体制の具体的な検討を行うために、【図表 1-2-8】の下段にある第一～第三の三つのワーキングチームが設けられた。資料等は厚労省のホームページで公開されていない。

ておりますが、簡単に申し上げますと、昨年から検討したのは第1Rではアウトリーチの体制というものについて検討を行いました。

第2Rでは、近年精神疾患で増えてきている方の中に、認知症の方が増えていますが、それは外来だけではなくて、入院患者さんのなかに認知症の方が増えてきていますので、「認知症の医療を地域でどのように考えていくのか」ということを第2Rで検討を行いました。

第3Rでは「保護者制度と入院制度」と書いております。これは精神医療については疾患の特性ももちろんあると思うのですが、状態によって、もしくは状況によって、必ずしもご本人がご理解をして、同意をして入院されるばかりではありません。すなわち、必ずしも本人が望んで、進んで入院される方ばかりではなく、医療を提供するために法的根拠として、精神科病院の入院については、精神保健福祉法等関連法で規定されています。ただ、その法律がいろいろとこれまでも、歴史的にも見直されてきたのですが、その中でこの保護者の制度、それと入院制度については、今後の精神医療の施策を考えるときには、そこも合わせて検討していかないと、長期入院化そのものの課題も解決できないのではないかと、改めて検討していくということになっております。

【図表 1-2-9】

第1Rの検討である、右図のアウトリーチについて説明させていただきます。冒頭に精神科固有の課題¹⁰として、精神科病院の長期入院という課題があり、そうした方々に病院から退院していただいて、地域移行を、地域で生活していただくことを推し進めるために、病院から出るという、押し出すというところで、その施策をこれまで一番大きな課題として取り組んできていました。

しかし、病院から押し出すという施策だけではなく、地域で生活される精神障害者の方、もしくは家族の方がかかえる様々な課題を、入院という解決に頼らずに、なんとか引き続き地域での生活が継続できるような形で、必要な支援を提供できないか。それによって結果的にこれまでのような入院が少しでも少なくなるという支援の仕方もできないのかということで、精神科病院から退院して地域に戻っていただくという支援と、できるだけ入院ではなくて、地域の生活を継続しながら支援をしていく、そうした同面の支援をこれからは展開していきたいというように考えております。

アウトリーチ支援実現に向けた考え方(検討チーム第1R)

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にすることを目指す。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。

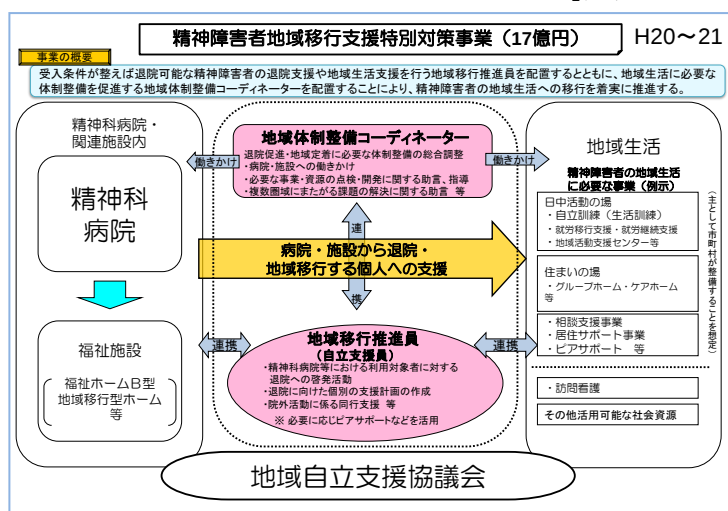
¹⁰ 2010(平成22)年～厚労省のホームページに、「みんなのメンタルヘルス総合サイト」が開設されており、精神疾患に関して外観を知ることができる。<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
各種データも掲載されている。http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/4_01_00data.html

2. 地域移行支援事業等の現状について

今後も引き続きこの精神障害者の方の地域移行支援に関する事業を推し進めるために、国として精神障害者地域移行対策支援特別対策事業をこの事業を創設いたしました。

右のスライドは、2008（平成 20）年度と 2009（平成 21）年度の事業イメージ図ですが、精神科病院、それから精神科障害者施設などに長く入院、入所されている方について地域移行のための個別的な支援として、病院に働きかけたり、地域での社会資源の点検や開発をしたりする役割の場と人を置いて、支援を展開しております。

【図表 1-2-10】



【図表 1-2-11】

右図は支援の実績です。

2008（平成 20）年度と 2009（平成 21）年度は、国として全都道府県で取り組んでいただきたいということで、予算は約 17 億円という規模で全国の自治体をお願いをしてきました。ただ、その前身としては、2003（平成 15）年からいくつかの都道府県、または自治体によっては精神障害者の方の退院促進、今でいうところの地域移行をするモデル事業等を行っていますので、歴史としては 2003（平成 15）年から取り組み、2008（平成 20）年、そして 2009（平成 21）年度になってようやく全都道府県で実施できる事業になったというのがこの精神障害者の方の地域移行の事業に関する実績です。

事業実績

	実施自治体数	全国域数	実施圏域数	実施圏域数／全国域数	事業対象者数（人）	退院者数（人）
平成15年度	16(含指定都市1)	—	—	—	226	72
平成16年度	28(含指定都市3)	—	—	—	478	149
平成17年度	29(含指定都市5)	—	—	—	612	258
平成18年度	26都道府県	385	148	38.40%	786	261
平成19年度	42都道府県	389	236	60.70%	1,508	544
平成20年度	45都道府県	386	295	76.40%	2,021	745
平成21年度	47都道府県	372	309	83.06%	2,272	790

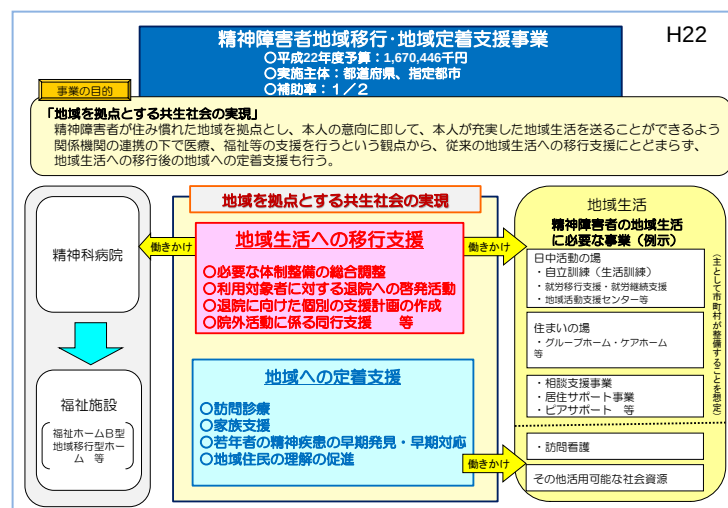
※1：平成15～17年度まではモデル事業、平成18～19年度までは、精神障害者退院促進支援事業として実施。

平成20～21年度については、精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施。

※2：退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を超えて退院した者の数は、含まれていない。

【図表 1-2-12】

2010（平成 22）年度からは、精神障害者地域移行対策支援特別対策事業を発展させて、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と事業名を変更し、右図のように、地域移行での事業に合わせて地域での生活が継続できるように、地域定着支援もあわせて行っております。



【図表 1-2-13】

ただこうした事業も 2009（平成 21）年度からは全都道府県で行っていただいているのですが、なかなかこの精神病院に長期入院されている方の地域移行というものは容易なものではないのです。

国の事業として、それぞれの都道府県で精神障害者の地域移行事業を進めていくうえで、どんなことが課題・支障になっているのかということを各都道府県に聞いて、それを整理したものが右の表です。

一つ目は「地域の受け入れ先の確保がなかなか難しい」といった状況があります。「精神科病院、入居施設の協力自体が得られない」というものも支障となっております。そして、「事業を推進する人材の確保が困難」という都道府県の意見もございます。

国としていくら精神障害者の地域移行推進を進めていきたいといっても、実際にそういった支援に携わっていただける、まずは人材、そして地域の資源というものが確保できないと、なかなかこの精神障害者の地域移行というものを進めていけないと思っております。

そこで、現在地域で障害者の福祉に携わっている方々に、精神障害者及び精神障害者の施策について理解を深めて頂いて、今後ご支援をいただきたいと願っております。

精神障害者の地域移行を進めていく上で 支障となっている事由

平成22年8月末現在

事 由	数
地域の受け入れの確保が難しい	36
精神科病院、入所施設の協力が得られない	27
事業を推進する人材の確保が困難	28
地域に移行可能な対象者が見あたらない	6
その他	12

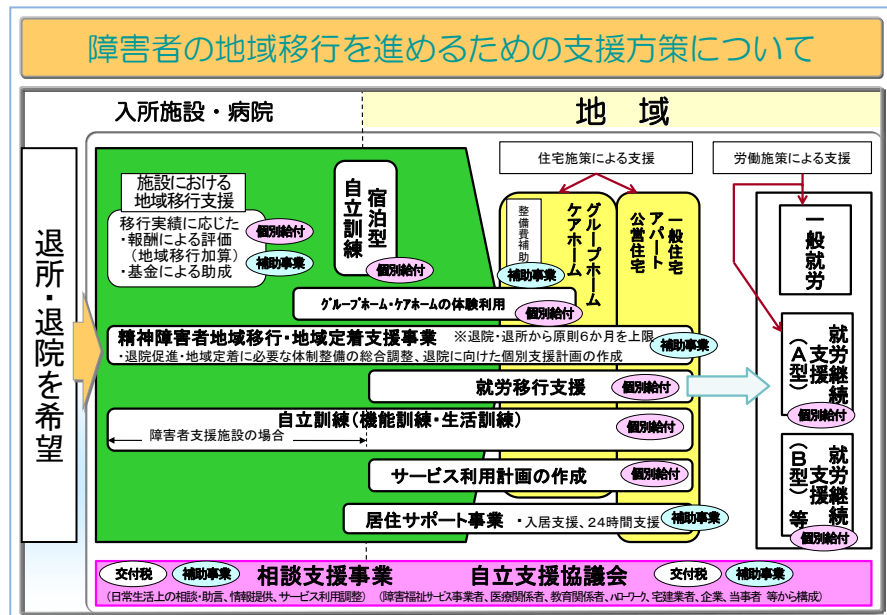
【図表 1-2-14】

右図は、障害者の地域移行を進める支援方策を、自立支援法の個別給付によるもの、その他予算事業や交付税によるものとあるわけですが、それを一つにまとめたのがこちらのスライドになっております。

図の左の入院・入所先から地域へとのフローチャートで入院入所している対象者の方が利用できるものとしては何があるのか、そして、そういった方々が地域

に出られて、地域で生活しているときにはどんなものが利用できるのかを表しています。

前段に説明しました、精神障害者の地域移行に関する事業を中央に載せています。その他、住まいの支援や日中活動支援の個別給付事業や相談支援事業があります。そしてそれを支え発展させるのが下段の自立支援協議会で非常に重要な位置づけにとしています。



【図表 1-2-15】

そして、福祉のサービスだけではなくて、現在精神障害者の方が地域で利用できるサービスを整理したものが右図になります。

上は入院されている方のことで、この下が地域にいる方がどんな医療、福祉サービスを利用されているのかという利用者の数を示させていただいたものです。

地域の囲いの左側は訪問看護とか、通院デイケア

は主に医療機関が提供するものですので、診療報酬による医療サービスです。右の方の活動には、就業訓練とか、雇用とかあり、その下に就労訓練・日中活動として、自立訓練、就労移行支援などもろもろの福祉サービスがあります。

この数を比較してみると、やはり圧倒的に医療サービスが中心になっているというのがわかると思います。このことに関してはいろいろ医療機関側のご意見、地域の側のご意見とありますが、言えることは、さらに地域で支えるこの福祉サービスも充実させていくために、サービスを提供する事業所、そして携わっていただく職員の方を今後さらに充実、拡充させていく必要があるのではないかと考えております。

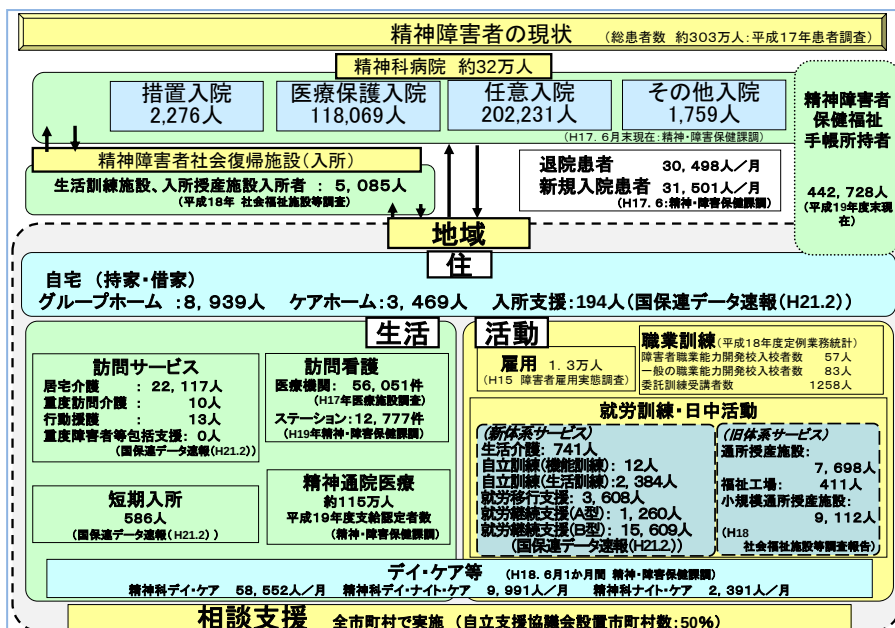
【図表 1-2-16】

地域自立支援協議会は、精神障害者の地域移行を考える上でも、非常に重要な位置づけになっております。

それぞれの地域で障害者に関する支援を展開していく、または資源を開発していくには、地域の自立支援協議会が実質的に稼働していることが重要です。

さらにこの地域の自立支援協議会は、精神障害者を支援する方から、知的障害者の支援をなさる方、身体

障害者の支援をされる方、その他様々な障害に携わる方が参画できるようになりました。それぞれの障害者の方への支援を通じて皆様方が蓄積されたノウハウを自立支援協議会の中で共有していただき、ぜひとも精神障害者の地域移行、知的障害者の地域移行に関してそれぞれの立場、それぞれの障害者を支援される方が一体となって地域の中で取り組んでいただきたいと思います。



地域自立支援協議会について

【概要】

市町村が、相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的役割を果たす協議の場として設置する。〔交付税〕

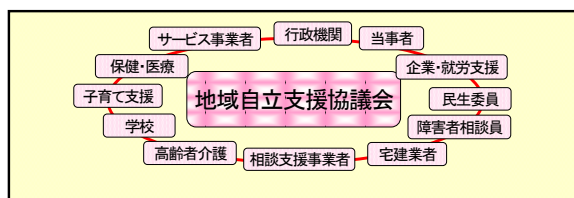
【実施主体】

市町村（①複数市町村による共同実施可 ②運営を指定相談支援事業者に委託可）

【主な機能】

- ① 地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議
- ② 困難事例への対応のあり方に関する協議、調整
- ③ 地域の社会資源の開発、改善

※ 都道府県においても、都道府県全体のシステムづくり等のため、自立支援協議会を設置。



3. 障害者自立支援法等の改正について

【図表 1-2-17】

精神障害者の地域移行をはじめ、障害者の施策について、2010（平成 22）年 12 月、自立支援法等の一部改正が行われました。つなぎ法案というようにも言われておりますが、障害者制度改革そのものについてはや改革の経緯については省略させていただきますが、右図が自立支援法の一部改正法の概要になっております。

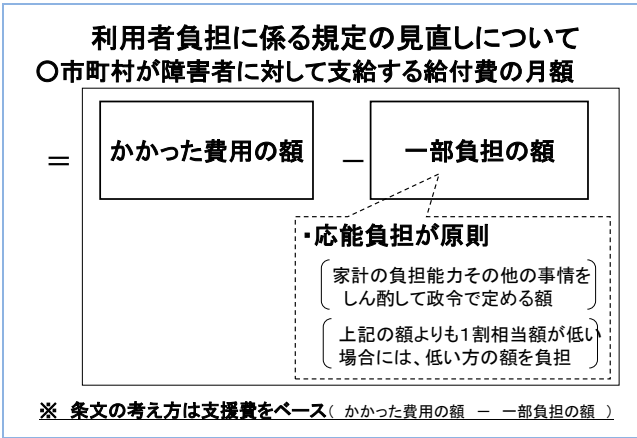
障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要	
① 趣旨	公布日施行 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間における障害者等の地域生活支援のための法改正であることを明記
② 利用者負担の見直し	平成24年4月1日までの政令で定める日（平成24年4月1日（予定））から施行 利用者負担について、応能負担を原則に 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算し負担を軽減
③ 障害者の範囲の見直し	公布日施行 発達障害が障害者自立支援法の対象となることを明確化
④ 相談支援の充実	原則として平成24年4月1日施行（予定） 相談支援体制の強化（市町村に基幹相談支援センターを設置、「自立支援協議会」を法律上位置付け、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化） 支給決定プロセスの見直し（サービス等利用計画案を勘案）、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大
⑤ 障害児支援の強化	平成24年4月1日施行 児童福祉法を基本として身近な地域での支援を充実（障害種別等で分かれている施設の一元化、通所サービスの実施主体を都道府県から市町村へ移行） 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援の創設 在園期間の延長措置の見直し（18歳以上の入所者については、障害者自立支援法で対応するよう見直し。その際、現に入所している者が退所させられることのないようにする。）
⑥ 地域における自立した生活のための支援の充実	平成24年4月1日までの政令で定める日（平成23年10月1日（予定））から施行 グループホーム・ケアホーム利用の際の助成を創設 重度の視覚障害者の移動を支援するサービスの創設（同行援護。個別給付化） (その他) (1)「その有する能力及び適性に応じ」の削除、(2)成年後見制度利用支援事業の必須事業への格上げ、(3)児童デイサービスに係る利用年齢の特例、(4)事業者の業務管理体制の整備、(5)精神科救急医療体制の整備等、(6)難病の者等に対する支援・障害者等に対する移動支援についての検討

【図表 1-2-18】

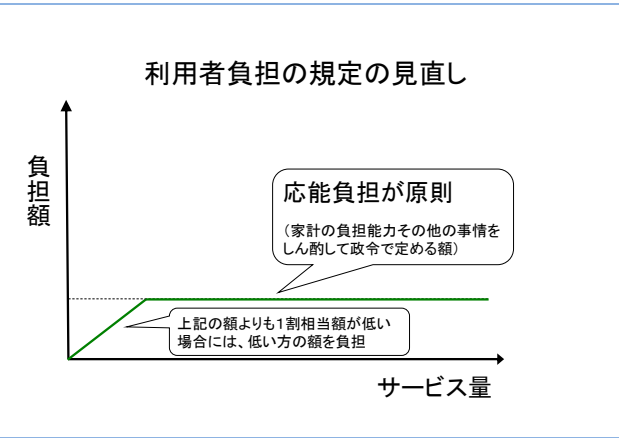
精神障害者のところに関連の深いもののみをご説明させていただきます。
例えば右図と下図の利用者負担についての改正点です。

① 趣旨	(施行期日) 公布日施行 平成24年4月1日までの政令で定める日(平成24年4月1日(予定))から施行
趣旨	(課題) 改正の趣旨を明確にする必要。 → 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者及び障害児の地域生活を支援するため、関係法律を整備するものであることを明記。
② 利用者負担の見直し	
利用者負担の規定の見直し	(課題) 累次の対策により、負担上限額は大幅に引き下げられており、実質的に負担能力に応じた負担になっているが、法律上は1割負担が原則となっている。 → 法律上も負担能力に応じた負担が原則であることを明確化。 (ただし、サービス利用量が少なく、1割負担の方が低い場合には1割) ※ 例えば、現在、市町村民税非課税世帯については、利用者負担は無料。 ※ 利用者の実質負担率0.37%(H22.9国保連データ)。
利用者負担の合算	(課題) 障害福祉サービスと補装具の利用者負担の上限額は、それぞれに別に設定されている。 → 高額障害福祉サービス費について補装具費と合算することで、利用者の負担を軽減。

【図表 1-2-19】

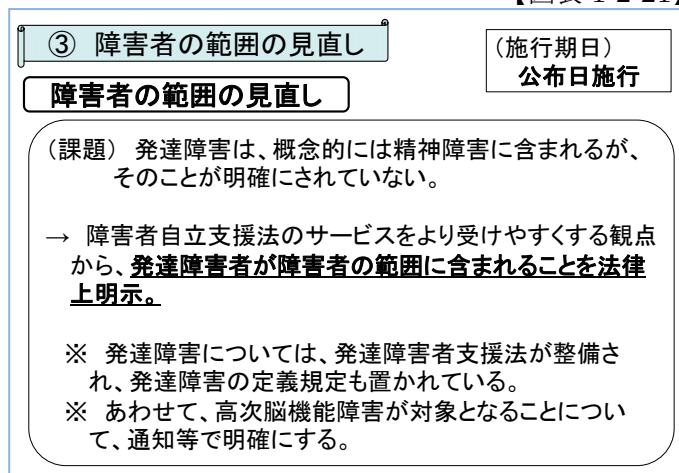


【図表 1-2-20】



右図は、障害者の範囲の見直しの中に、
発達障害者を法律上明示しています。

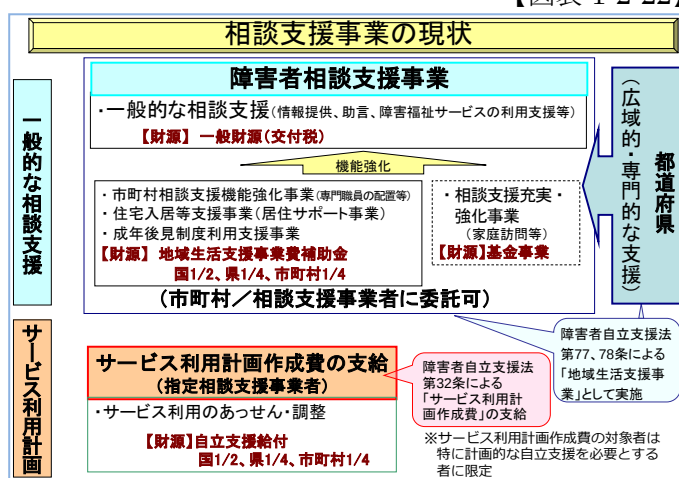
【図表 1-2-21】



次に、精神障害者の地域移行に関連する
改正点としては、右図相談支援体制の強化
という項目が大きく関係します。

もちろんこれは精神に限らず、相談支援
体制も強化していくという見直しになっ
ていますが、その相談支援体制の見直しの中
で、図の一番下のところの、地域移行や地
域定着についての相談支援の充実の見直し
が今回含まれております。

【図表 1-2-22】



右の図は、相談支援事業の見直しについ
て、現行と比較したものです。

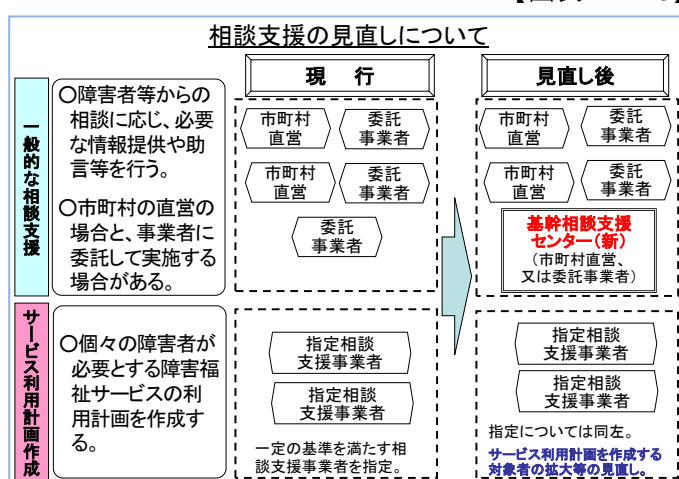
精神障害者の地域移行に関する事業は、
今までは予算事業として、毎年毎年予算を
確保して行ってきたわけですが、これまで
予算事業の対象となった方は、その事業の
予算の範囲内での、限られた支援、限定し
た対象者になっておりました。

しかし、この自立支援法のサービスの中
に位置づけることで、今後はより多くの方

がこの地域移行に関するサービスを利用できるようになります。それは一方では、今後はより多くの
入院中の精神障害者の方が地域移行に向け自立支援法サービスを利用できるということですから、そ
れだけの支援ができる体制も同時に整えていく必要があります。

それには、様々な研修会を通じて、いろいろと皆さんにご理解を深めて頂きたいと考えているとこ
ろです。

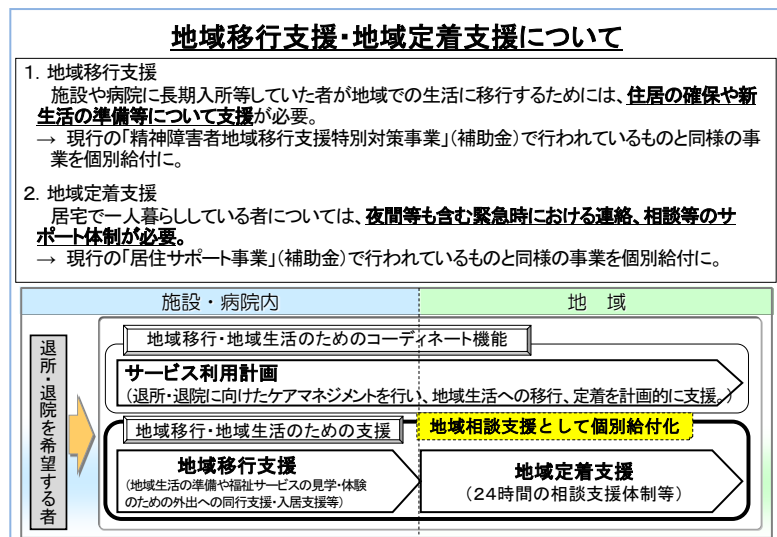
【図表 1-2-23】



【図表 1-2-24】

そして地域移行支援・地域定着支援については、具体的な支援内容については、右図にあります。

一つ目、地域移行支援というのは、施設や病院に長期入院されていた方が、地域での生活に移行するためには、住居の確保というものも非常に大切になってきます。そして新たな生活のための準備というのにも必要になってきますので、こうした個別支援に関しては、個別給付化になります。



そのためには入院中の精神障害者の方に、地域移行に向けた「サービス利用計画」というものを策定して支援を行っていただきます。例えばもう5年、10年、20年と病院の中で生活を続けてきた方が、10年ぶり、20年ぶりに地域での生活を始められるわけですから、実際に地域に出てみて、障害者の方が直面するいろいろな生活上の課題が出てきます。地域定着支援はその課題を一緒に解決する、例えばお一人で暮らしている障害者の方については夜間等も含めて、緊急時における連絡とか相談及び具体的なサポート体制を、この自立支援法の中に個別給付化する見直しになります。

4. 平成23年度予算案等の概要について

2011（平成23）年度の予算案の概要について簡単にご説明させていただきます。

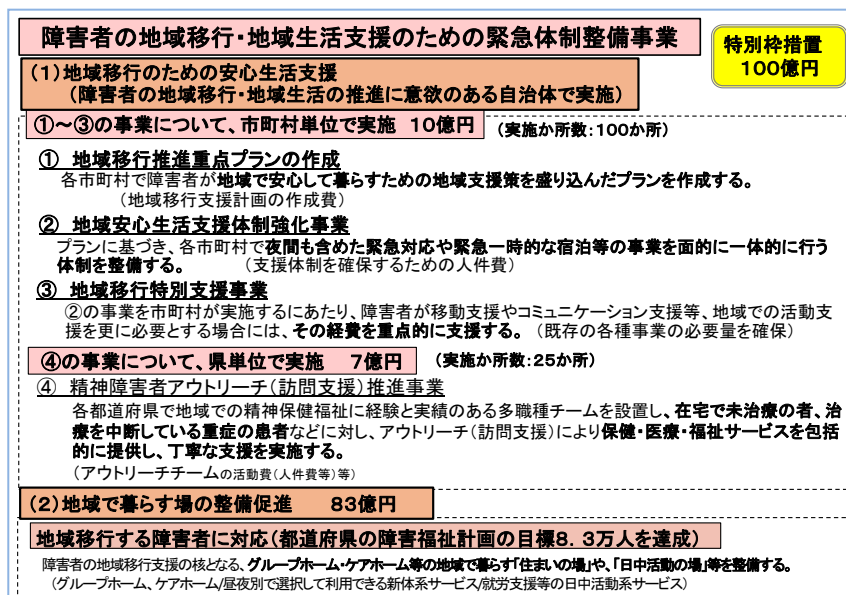
下図が2011（平成23）年度の障害保健福祉関係予算案の概要です。

【図表 1-2-25】

平成23年度障害保健福祉関係予算案の概要		
(22年度予算額)	(23年度予算案)	(うち特別枠)
1兆1,202億円	1兆1,815億円(対前年度+613億円、+5.5%)	100億円【別紙参照】
【主な施策】 (対前年度増▲減額)		
■ 障害者の地域移行・地域生活支援のための緊急体制整備事業(特別枠) 100億円		
■ 障害福祉サービスの確保、地域生活支援などの障害者支援の推進 1兆1,791億円(+615億円)		
◇良質な障害福祉サービス等の確保 6,787億円(+627億円)		
平成22年12月10日に公布された障害者自立支援法の一部改正法(議員立法)のうち平成23年度中に施行するもの ⇒グループホーム・ケアホーム等の利用の際の助成(平成23年10月1日施行) ⇒同行援護(重度視覚障害者の移動支援)の創設(平成23年10月1日施行)		
◇障害者に対する良質かつ適切な医療の提供 1,991億円(+37億円)		
自立支援医療の利用者負担のあり方については、引き続き検討する。		
◇障害児施設に係る給付費等の確保 712億円(+2億円)		
◇重症心身障害児(者)に対する在宅支援の推進 35億円(+3.5億円)		
◇障害者虐待防止等に関する総合的な施策の推進 4.1億円(▲0.6億円)		
◇介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業の実施(新規) 3.1億円(―)		
◇精神障害者アウトリーチ推進事業(新規) 7.0億円(―)		
◇認知行動療法の普及の推進 1億円(―)等		
■ 発達障害者等支援施策の推進 7.8億円(+0.3億円)		
◇巡回支援専門員整備事業【新規】(1.6億円)等		
■ 自殺・うつ病対策の推進 13億円(+7.6億円)		

【図表 1-2-26】

右図は、障害者の地域移行、地域生活支援のための緊急体制整備事業特別枠は、総額 100 億円です。

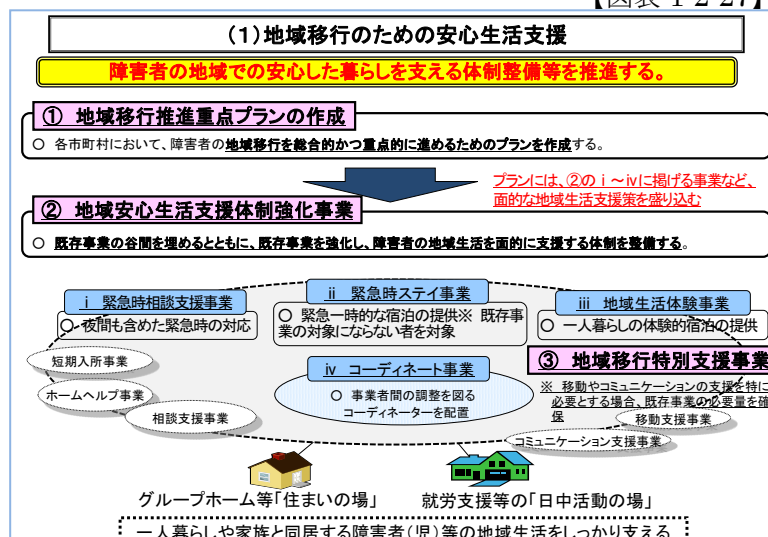


大きな柱の一つ目としては地域移行のための安心生活支援として、①から③の事業について市町村単位で実施します。①は地域移行推進の重点プランを作成の予算です。これは地域で安心して暮らすための地域支援施策を盛り込んだプランを作成していただきます。

②は地域安心生活支援体制強化事業で、プランに基づいて夜間も含めた緊急対応、緊急一時的な宿泊等の事業を一体的に行う体制を整備するための予算です。そのための人件費ですね。

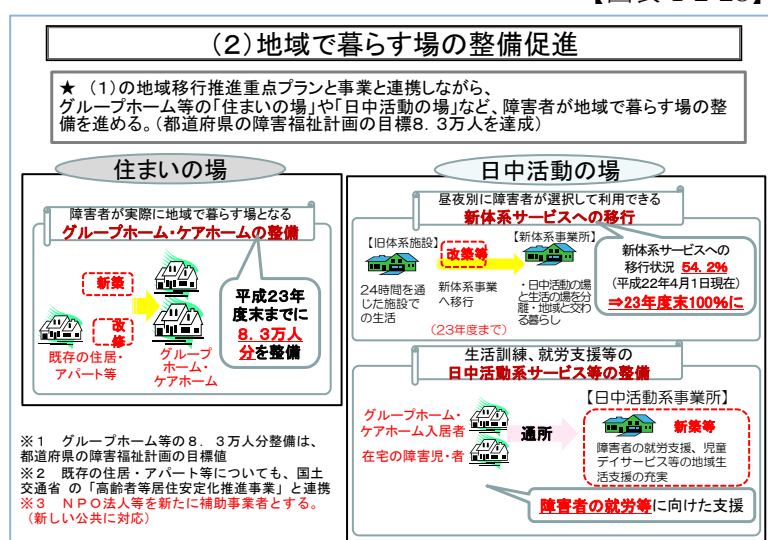
③は地域移行特別支援事業で、障害者の移動支援、コミュニケーション支援、そういったものに関しての経費を重点的に支援します。

【図表 1-2-27】



二つ目の柱は、右図にある地域で暮らす場、住まいの場、日中活動の場の整備目標を掲げ、整備を促進するための施策です。

【図表 1-2-28】



5. 精神障害者アウトリーチ推進事業

新規の事業としては、そしてもう一つ、精神障害者がアウトリーチです。

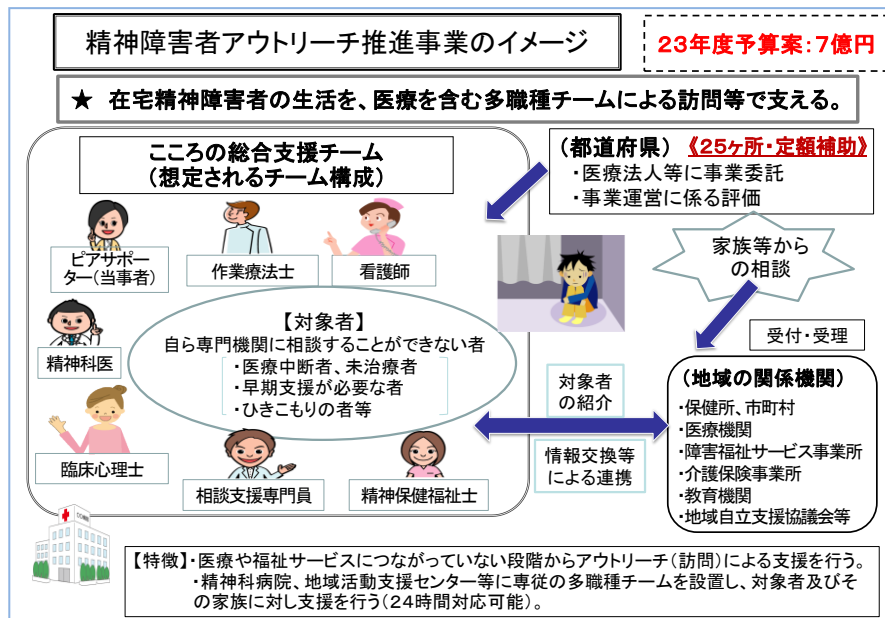
この事業は、精神障害者に特化したものではなく、病院から押し出すだけではなく、体の病気と同じで、できるだけ病院に入院

【図表 1-2-29】

せずに済むように、地域の生活、仕事などを続けながら、外来とか在宅医療で直していくことが基本になります。

そこで生活上の課題については、ご本人がいるところに出向いて、支援を届けようということです。そのような精神障害者のアウトリーチ支援も、来年度の予算で計上をしています。

右図が精神障害者のアウトリーチの推進事業で予算額として7億円になります。

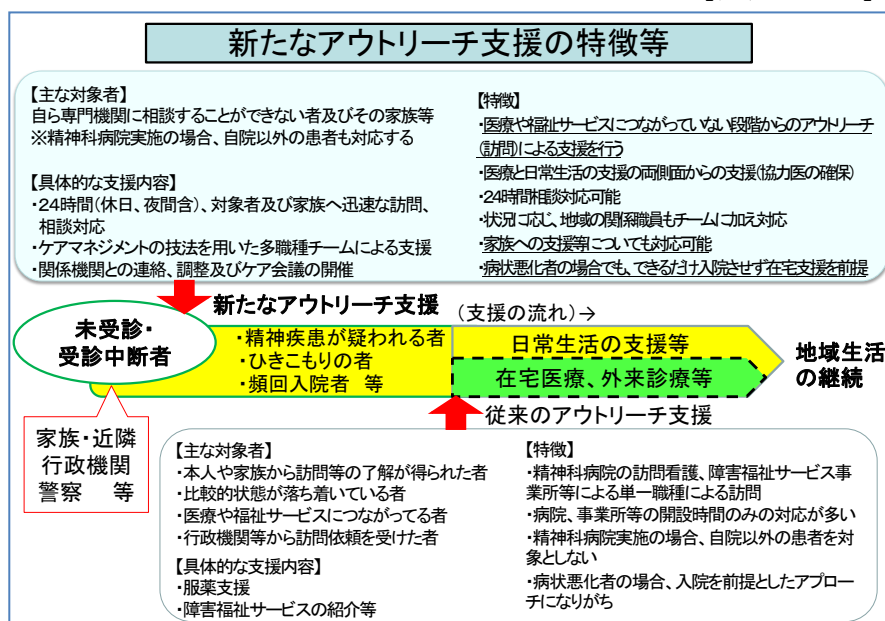


【図表 1-2-30】

主な対象者としては右図にあるように、自らが専門機関に相談することができない方に対して、【図表 1-2-29】の左の枠にある専門家チームがご自宅まで出向いていって必要な医療的な支援及び生活を支えるための支援を総合的に提供し、地域で支える仕組みです。

これはもう医療的なサービスを提供するということだけでなく、地域での生活を支援していくということ

にもなりますので、相談支援専門員であるとか、福祉サービスを提供する事業者の方、そういった方々のご協力、もしくは連携で成り立つものです。



第3章 精神障がい者の地域生活支援の背景と理念

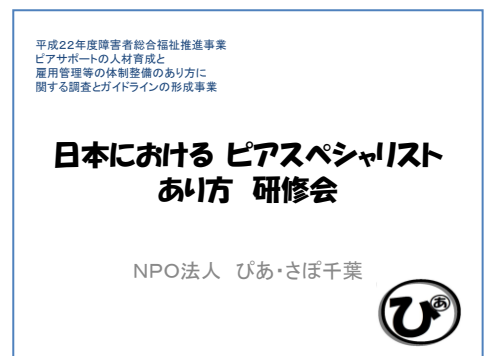
日本相談支援専門員協会理事長 門屋充郎

1. はじめに

この領域で仕事をしていれば、障がい福祉の理念にまつわることは共通していますので、聞いたことがない人はきっと誰もいないと思います。知的であれ、身体であれ、他の障がいであれ、何度も理念については聞いている可能性が高いですね。

この講義では、確認の意味も含めて、精神障がい者に支援の理念についてお話しいたします。

「ピア(サポート)スペシャリスト¹¹⁾」ってご存知ですか？アメリカやカナダでは精神障がいを経験した人たちが、精神病で地域生活に困難を生じている方に、専門の支援者スタッフの一員として働くために研修を積んで、州知事の認定を受けた人のことを言います。この研修制度について学ぶ研究を国のプロジェクトで指定していただいて、ぴあさぽ千葉を中心とした有志が集まり、我が国でピアスペシャリストを生み出すためにどのような研修や仕組みが必要かを議論し、モデル研修¹²⁾をやっています。



【図表 1-3-1】

その研修の原型は、アメリカの中でも地域精神保健で有名なウィスコンシン州から学びを得ました。

私が活動している帯広市は、ウィスコンシン州デーモンディソン市と、姉妹都市であることから、2000（平成 12）年から精神保健福祉研修のために視察をしたり、日本に来ていただいたりを繰り返してきました。ここで注目をしていただきたいのは、当事者の活動です。「私たち抜きに、私たちのことを決めないでくれ」ということです。これは極めて重要です。自分のことを、あるいは自分の職業のことを、自分の職場のことを、自分たち働いているものの声を聴かないで決めないでくれということは、みなさんだって同じように主張するわけですよね。

しかし、なぜ障がいのある人たち、病気になった人たちだけが自分たちの意見じゃなくて、専門家の意見がまずは優先されるのか？これはおかしいですよね。これはやっぱりもう一回考え直さないといけない問題だと私は思っています。



¹¹⁾ ピアサポートスペシャリストの略で、精神障がい者当事者であることを開示して、精神保健福祉領域の機関で精神障がいの経験を生かして働く専門職。2000（平成 12）年認定ピアスペシャリストが米国ジョージア州で制度化され、現在では全米 20 州余りで制度化されている。全米ピアスペシャリスト協会（NAPS）では、ピアスペシャリストトレーニングマニュアルが出版されている。

¹²⁾ 2009（平成 21）年度は北海道の特定非営利活動法人十勝障害者サポートネットが代表団体で研究。報告書は厚生労働省ホームページで公開されている。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyoku/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/01-18e.pdf

2010（平成 22）年度は、千葉県の NPO 法人ぴあさぽ千葉が代表団体として研究している。

さて、そのウィスコンシン州では、1970年代から、州立精神科病院を閉鎖する方針が立てられたために、1,800床あったというベッドを削減し、最小限必要な110床だけ残したんです。急激な病床削減計画ですから、たくさんの方が、地域で暮らす仕組みが必要になりました。その人たちを支えるためには病院の中にいた医療チームが、地域に出ることが必要だったのです。そこで、精神障がい者の入院期間を短く（平均3日程度）し、地域の暮らしを支えるための仕組みとして PACT (Program of Assertive Community Treatment) というものをつくり出したのです。

その仕組みは、またたく間に全米に広がり、PACTの冒頭のP(Program)を外して、我が国にも最近導入されたACTです。病院や施設ではなく、地域で支援をしようとなると、様々な資源を用意しなければなかなか難しい。そこでいろんな職種の方たちも関わり、チームで支援する必要が出てきます。

ところが、PACTの待機者が多くなって、医療チームだけでは、日々の生活上のかゆいところに手が届かないという問題も起こります。病気を体験したものだけがわかる支援の仕方がある。自分も体験しているから、なおかつ自分も今治療を受けているから、そのことが非常に身にしみてわかる。

そこで1977(昭和52)年、PACTを利用していた看護師の資格もありかつコンシューマーであるジェンさんがデーン郡担当者ルコントさんに相談し、短期間で効率のよいケースマネジメントを提供するSOAR¹³という機関を1998(平成10)年設立し、精神障がいを経験した人たちとチームを組んで薬を飲まないから再発を繰り返している自分たちの仲間のところへ、毎日のように訪問して、「薬がどんなに大事か」自分の体験をお話ししながら、目の前で飲んでもらうことで、だんだん自分から飲むようになり、再発を防ぐような、きめ細かな支援を始めたのです。

その活動を応援していたPACTの責任者が、2000(平成12)年からウィスコンシン州デーン郡の事業としてお金をつけたのです。

このような当事者の活動は、知的の領域ではピープルファースト¹⁴をはじめとして、自分たちが自分たちの仲間を助ける、あるいは支援する、一緒に地域生活を送る。こういうことが現に行われていますが、当事者の活動には注目すべきだと思います。

【図表 1-3-2】

もうひとつイタリアの精神保健についてお話します。2010(平成22)年4月、大熊一雄¹⁵さんを団長として精神保健福祉関係者でイタリア精神保健福祉¹⁶の視察に行ってきました。非常に勉強になりました。勉強になったというよりも「日本の精神医療は大変おかしい」と確信を持ちました。

私は自分なりのできることはなんなのだろうかと、精神科医たちといろいろと議論しながら、帯



¹³ 1998年ウィスコンシン州デーン郡に発足したPACT利用者によって運営された最も先駆的な機関。

¹⁴ 1973年アメリカオレゴン州で、知的障がいを持つ人たちの会合で、ある少女が「わたしは、障がい者としてではなく、まず人間として扱われたい」と発言したことがきっかけとなって、この運動名が生まれた。我が国では1994年全国大会が開かれ、現在では全国各地に相次いでローカル組織が生まれつつある。ピープルファーストジャパンホームページ：<http://www.pf-japan.jp/plst.html>

¹⁵ 「ルポ精神病棟」著者。

¹⁶ イタリアトリエステに端を発した精神医療制度改革：イタリアの取り組みがyoutubeにある。
<http://www.youtube.com/watch?v=GzOJkk2b9H0>

広の地で実践し、国の委員を引き受けたり、全国団体の代表をやったりしながら様々な提言を行い、ほぼ 40 年経ちました。

その中で目標にしたのは、こんなに精神科病院に入院し続けるのはおかしいという、仲間内の共通の認識です。イタリアはこれを見事にやり遂げているところです。入院ベッドがなくてもアウトリーチを駆使してできるのです。今厚労省が目を向けている、行政施策の中にもそれを取り入れようとし始めてはいますが、ボリュームとしてはとっても小さいですね。我々は何年も前から国にそういうことを申し上げていますが、なかなか実現しないですね。

でも先進諸国は既に精神科病床を激減させ、アウトリーチで、地域生活の中で精神障がい者を支えているのです。

知的の領域も同じですよ。日本のように施設で処遇している国は、ヨーロッパ社会や、経済大国ではないのです。入所施設はほとんどなくなっているわけですね。日本では、施設処遇が普通だと思っていた。今まで当たり前だと思っていたことが身についてしまい、それを身に着けてしまった不幸が我々にはあるのです。精神医療はまさにそうです。精神医療のただなかにいる専門家はきっと、「そんな夢物語を言ったって、現実にこの人の退院ができるの？」とその専門家たちは、そういうものだという教育を受けるところから始まっているのかもしれない。

しかし、薬の使い方だってずいぶん違う。これらをやっぱりもう一回考え直そうと私は言いたいのです。

2. 精神障がい者とは、知的障がい者とは

この事業のアンケートでは、受け入れが難しいと 23%の施設が回答されています。その理由がいくつか書いてありました。それを見たときに、大変誤解されているなと思いました。精神障がいとか知的障がいとかを分けて考えていると思います。右図からわかるように、日本の法律上・制度上は知的障がいって精神障がいなんです。ということは皆さんあまりわからないでほしいということです。

わからないで考えると違和感はないと思います。

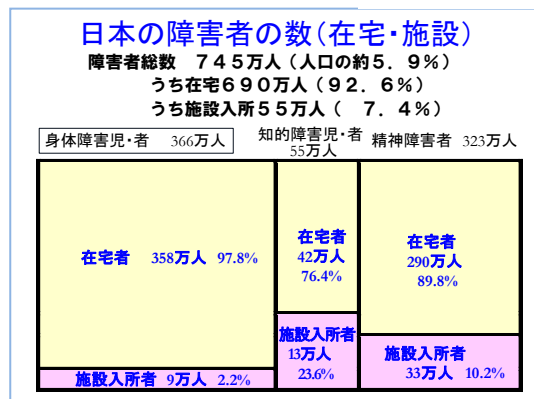
【図表 1-3-3】

精神障害者とは	
• 精神保健福祉法第五条では『……とは統合失調症、精神作用物質による急性中毒または 依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう』	
• 局長通知の手帳の判定基準では	
能力の障害として 「・適切な食事摂取・清潔保持・金銭管理・意思伝達や協調的対人関係・社会的手続きや公共施設の利用・趣味娯楽への関心と参加」これらが『難しい』『できない』	
知的障害とは(法的定義がない) 知的機能と概念・社会・実践の適応スキルで表現される適応行動の著しい制約、発達期(18歳以前)に生じる	

右図にあるように、たくさん障がいのある人がいます。今、国はここに難病の方を入れて障がい福祉全体を総合福祉法の中でやろうとしています。難病の方はおおむね 60 万人くらいだと言われており、難病を入れると、国民の中に 1,000 万人近くの障がいのある人がいるということになります。このうちの大部分の人たちは、私たちと同じ生活をしているわけです。

確かに難しい人たちとも出会います。でもそれはほんの一部の人です。

【図表 1-3-4】



私はこれまでは精神医療の世界にいたのですが、2006(平成 19 年)の 4 月からは、あらゆる障がい

についての相談支援事業を受けるために、地域に独立させた法人を作って仕事をしています。相談支援事業は、行政からも今の福祉事業からも独立したものとして存在させたいとは思っているのです。

その理由は、いろいろな制約を受けることから解放された状態で本人に寄り添えるからです。人権擁護という視点で本人中心の支援ができます。

私たちがいま身近に対応しようとしている、施設に長くいた人たちは、施設にいたが故の限られた能力しか持たない人たちであり、その人たちは社会性の中で一番重要な人間関係を作る力に問題が生じています。あるいは、自分が結論を出さなければいけない物事についても支援者が代理行為をしているために、自己決定ができない人がいるということです、

このように生きる力を低められてしまった障がい者は、地域社会に出れば当然混乱するし、他の人とうまくいくための調節機能がないということに気が付くわけですね。

これは、環境の問題であって、障がいの問題ではないんですね。精神障がいとか知的障がいでは無く、個別の問題であり、環境の問題が大きいのです。

また、たとえ在宅で暮らしていたとしても、社会参加が十分でない障がい者は、家族だけの限られた人間関係の中で生活し、対人関係を結ぶ力がつきません。すなわち、地域社会で他者との関わりの力が小さく、集団で不適応を起こします。

その不適応を起こした時に、安心して相談できる場所があれば、その人が変わる大きなチャンスです。問題を起こしたから、私たちはそこに原因をさぐり、その原因を取り除くために、彼らにどんな支援を行えるかという計画を立てられるのです。それには、利用者の視点に立てる、中立な立場であることが大事なのです。

【図表 1-3-5】

3. 精神保健医療福祉の抱えてきた課題とこれから

さて、精神障がいの特徴は確かにあると思います。ですから精神医学の知識も大事ですし、疾病について知ることも大事です。知的障がいと一番大きく違うことは、途中で障がいということです。「もう少しで大学を出て、一人前になって、親はようやく役目を果たせるな」という時に発病するのが統合失調症です。

精神障害者の特徴

- 人生の途中で発病として障害が始まる
- 疾患としての経過には病状回復と進行がある
- 精神疾患では治癒に代わって寛解という
- 疾患と障害を併せ持つと言われてきた
- 二次障害が問題となりやすい
- 施設症だけではなく、社会にいても発達過程から疎外されやすくなる
- 初発から治療までの期間を短くすることで病状悪化と障害を軽減できる
- 再発予防と生活支援の必要な人たちがいる

精神障がいについて、正しい理解はまだまだ知れ渡っていません。ひょっとしたら危険で、治らない病気であるとまだまだ誤解されています。

このような間違ったイメージは、発症した本人や家族にも生じてきます。そのことが本人や家族を苦しめます。

国民的な理解を広めるためには、他の病気と同じように、誰でも係る病気であること、治療すれば治る病気であることを、義務教育から学ぶ必要があります。

また、長い間入院したり、施設や在宅の限られた空間

【図表 1-3-6】

精神障害者の社会的処遇

- 精神病に対する無知と誤解
- 偏見・危険視により社会防衛の対象となる
- 疾患対策としての処遇は未だに一義的ではない
- 施設処遇を原則としてきた
入院中心主義と地域管理主義による医療中心の抱え込み構造(受け皿がないと主張)
- 法体系は「医療と保護」のために人権軽視の強制・拘束を含んでいる

にいと「施設症＝ホスピタリズム¹⁷」と呼ばれる、二次障がいがおこります。決して施設の中だけでは無いのです。家の中だって起こるのです。

それこそ介護保健が 2000 (平成 12) 年に始まって以降、ホームヘルパーさんや介護支援専門員が、高齢者の介護のためにお宅を訪れると、隣の部屋で人の気配がするけれど、その人には合わせてもらえない。何か月か訪問しているうちに、実は病院に通院している息子がいるんだと打ち明けられる。その息子はもう 50 代、60 代になっている。何十年も在宅で誰にも会わない引きこもりの生活を続けていたと判明するのです。このような話はあちこちでお聞きます。何故このようなことが起こるのでしょうか。長年日中は人目に触れないような生活を送る、あるいは家族から強いられるから、昼夜逆転が起こったり、日中のリズムがどんどん狂っていきます。ますます、病気なんだ、障がいなんだと家族との間にたくさんの葛藤も生まれ、ついには家族も本人もあきらめていってしまのです。

家庭にいるから施設症が起こらないのではないのです。

このことは知的障がい施設でも起こる大きな課題です。良かれと思ってやってきたことが、知らないうちにそれが本人の生きる力を狭めるということをやりに続けてきたのです。入所施設だとすれば、地域移行をした後のことを考えてください。今まで限られた空間と、ある一定の生活リズム、その中で暮らしている人間がどんなに生活のしにくさを自分の中に作っていつてしまっているか。精神障がい者だから、知的障がい者だから、という問題でない、土台の部分を我々はきちんと見つめないといけないと思うわけです。

一方で、すごく荒っぽい言い方をすると、日本は戦後の高度経済成長で労働力を確保する必要に迫られました。しかし、戦争でたくさんの人を失い、残された労働力を活用するためには、女の方の労働力も活かしていかなければ日本は豊かになれなかった。ゆえに、労働力にならない人たちを、まとめて世話をするということが合理的だったのです。そこで、昔は老人ホームも、障がい者施設も、精神病院も労働力にならない、あるいは手間がかかる人は、まとめて処遇する方が、労働力を確保できたのです。なにも知的障がいとか、精神障がいとか、身体障がいとか特定していたのではなくて、精神病は医療、身体や知的障がいは福祉と分けて処遇することのほうがいいのだろうと考えていたと思います。しかし、それは結果的に本人たちを不幸にしたなと私は思っています。

また、精神障がいを社会防衛の対象にしし続けたことが大きな偏見を生みだし、国民のこころ府アックに巣くっている大きな原因です。ハンセン病、結核のような大変重い感染症は社会防衛の対象であり、国民の命を守る上では仕方ありません。感染症の場合は、感染力があるときにだけ隔離し、治癒すれば自由です。しかし、精神病は、感染力もありませんし、危害を加える人など版材研するより少ないにも関わらずその対象になったのです。ゆえに、保護と医療ということがつきまとう法制度の下で社会的処遇は大変不幸な道を歩まざるをえなかった。そしていろいろな法律の制約を受けたのです。

知的障がいの領域も、就学猶予と言う学校に行かなくていいという判断がされることから始まって、

【図表 1-3-7】

日本の精神医療・保健・福祉
国家政策は明治以来「社会防衛」を基本としてきた その政策を果たす大きな役割を精神医療が引き受け続けてきた それが間違っていたと気づいたときには経済原則に縛られた精神医療が展開されていた 日本の精神医療の歴史は治療に加えて 生活・福祉の援助の役割も拡大してきた
その結果は 不幸な生活＝人生を送らざるを得ない本人と家族が一千万人を 越えています 先進諸国の中で20～30年以上も遅れてしまいました 精神医療は結果的に質の低下も招いています 社会には精神病・精神医療に対する根強い偏見をつくりました
この豊かな社会の大きな人権侵害、いつまで続けていくのか。 少なくとも関わりを持った私たちには彼らの人生を取り戻す 生活支援を全力で行う責任がある。

¹⁷ 「施設症＝ホスピタリズム」心理的・社会的刺激の少ない施設や病院に長期間収容される場合に生じやすい心身の発達の障がい。生き生きとした感情を失い、知的能力の遅退などの症状を示す。施設病。

たくさんの制約を受けています。床屋さんになれない、医者になれない、絶対的欠格条項や、相対的欠格条項などというものがものすごい数あったわけですね。知的障がいや精神障がいをこういう形で社会から排除した。こういった仕組みの中で暮らしていく、生きていかねばいけない人たちだったということを、我々も含めて国民に認識してほしいところですね。

【図表 1-3-8】

右図は、わが国の精神医療のおかしいと思う点をまとめたものです。

精神科病院に入院する際に、「医療保護入院」と言うのがあります。本人が納得して治療を受けないから、その入院の判断は「保護者¹⁸」とされた人が治療を受けさせる義務を負うのです。その保護者のほとんどが家族です。

精神的に、病気のために一時混乱することはあるかもしれません。私は大部分が、この治療契約はもう一回結びなおす必要があると思っています。

入院時は混乱状態で入院したとしても、おさまった時に家族に来てもらって、合同で面接をして、本人にその現実を認識してもらって、本人自身が治療契約を結ぶという、この手続きは、人権を擁護し親切・緻密に一人一人行われなければいけないのです。これが医療の大原理というか、大原則です。

入口が間違っているから、病気に対する認識を十分に持てないがために、治療に対する抵抗感だっで当然出てくるわけです。服薬の必要性、動機付けは治療契約のあるなしで決まってしまう。要はですね、精神症状によってそういう認識ができないほどに人格が崩れてしまった精神病の人は、ごくごく一部です。インフォームドコンセントが義務付けられるまでは、自分の病名すら知らない人がたくさんいました。

日本の精神医療はおかしい？！

- ・ 治療契約のこと 治療の場ですか 保護の場ですか
- ・ 病名を知らず 治療の説明もなく 見通しの説明もない
- ・ 保護者制度の廃止 家族に負担をかけ続けるのはおかしい
- ・ 精神科特例を続ける政策は転換すべし
- ・ 薬のこと 多剤大量投与の弊害 薬に修飾された姿
- ・ 作業療法は使役・暇つぶし 長期入院を強化している
- ・ デイケアは質は低く 期限がなく 専門性はなく 生活維持型は廃止すべし 心理社会的リハビリとして期限と評価
- ・ 社会的入院は人権侵害
- ・ 退院促進なんてナンセンス それは医療本来の仕事

なによりも本人不在の医療とは 医療とはいえない

¹⁸ 全国精神保健福会連合会(精神障がい者家族会)は2011(平成23)年2月15日次の意見書を内閣府に提出している。『「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下「精神保健福祉法」)では、第5章医療及び保護において、「保護者」を規定しています。「保護者」には、治療を受けさせる義務、財産上の利益を保護する義務、医師に協力する義務など、数々の義務が規定されています。

しかも医師によって、精神疾患を有すると診断された人は、その症状の別なくすべての人に保護者が必要であるとしています。この規定の根底には、精神疾患を診断された人、あるいは精神障がい者には自己の財産を守ったり治療を受けたりする能力がないとする差別の考えがあります。またそれを社会制度が補うのではなく、専門家でない家族に「保護」をさせようというのです。そもそも素人の家族に、「治療を受けさせる」といったことを義務づけることに無理があり、治療を受ける意思がないが、治療を必要としている人には専門家や公的機関が関わって、専門的な立場から説得するなり、関わりを持つべきです。

とくに「医療保護入院」は、強制入院であるにも関わらず、「保護者」の同意を必要としています。家族にその権限があるのでしょうか。明らかに専門家や公的な立場の責任の回避です。この医療保護入院によって、その後の家族、当事者間の関係が悪くなるということも少なからず起こっています。家族が当事者のためにすることは、家族の愛情から自らするものです。法律によって強制されるものではありません。精神障がい者を差別し、家族に重い負担をかけている「保護者制度」は撤廃されなければなりません。障害者権利条約の批准の前に、この差別規定がなくなることを強く希望するものです。』

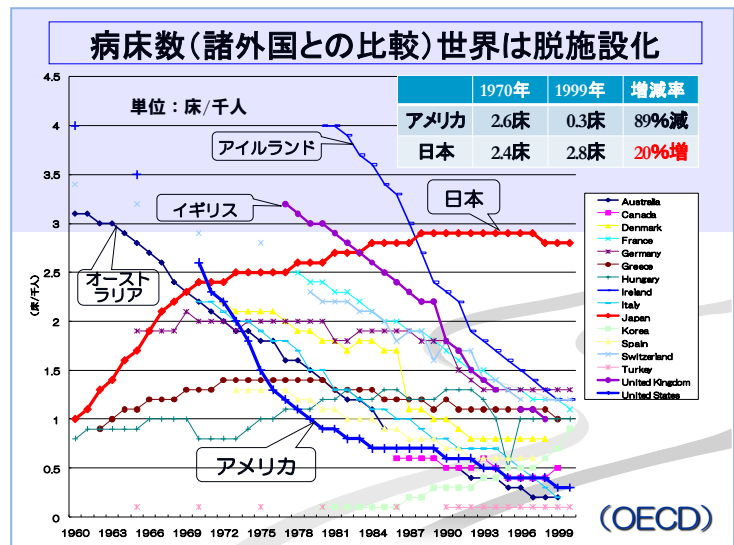
それだけではなく、作業療法というものが精神科で急速に広まります。治療というには、ほど遠く私は「作業療法は、その病院の環境の中に適応するための暇つぶし療法である」と批判するわけです。

作業療法士当人たちの中でも、自らが気が付き始めて、2008(平成 20)年に 5・5 運動¹⁹を打ちだしました。やっぱり精神科のデイケアや入院医療の中でやっている作業療法はおかしいのではないかな。むしろそこでやっている SST などは、地域でやるべきではないのか。作業療法そのものもそうするべきではないか。こういう意見が非常に強まって、5 割の人たちは外に出よう、地域に出よう。こういう運動を協会が始めたのです。病院の中にいる人たちが、そういうことに気が付いていて、現実に関心を出しているという時代にもう入ったのです。

【図表 1-3-9】

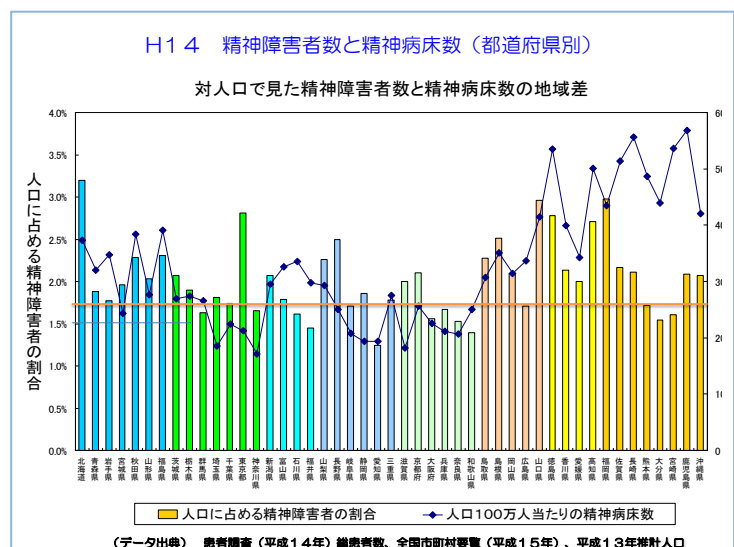
右図を見てください、例えばアメリカと日本の人口千人当たりの精神病床を比較してみると、アメリカは、1970(昭和 45)年に 2.6 床だったのが、1999(平成 11)年には 0.3 床と約 11%(10 分の 1 強)に減っています。

一方日本は、1970(昭和 45)年に 2.4 床だったのが、1999(平成 11)年には、逆に 2.8 床と約 20%増えています。その他の国を見ても、1970 年代後半から、病床数が大幅に減少しています。我が国は世界の潮流に逆行して、病床数を増加させてきました。病気の発生率は、国によって大きく異なるわけではありません。外国は精神医療施策として、病院以外の施策で対応しているということです。



【図表 1-3-10】

都道府県にものすごいばらつきがあります。私たちのところは今、だいたい 1 万人の人口で 13 人くらいのベッドがあります。実際に使っているのは 11~12 人分が入院しているんですが、日本全体では 28 人の人が入院できるような体制があります。56 人、57 人という県もあります。私たちの地域で暮らしている精神病の人たちは、その県で生活を始めると入院させられているかもしれないんですね。都道府県によって処遇が違々と



¹⁹(社)日本作業療法士協会「作業療法5 カ年戦略」

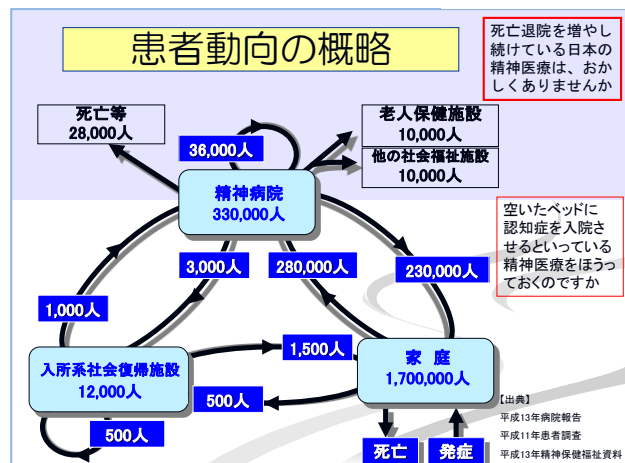
<http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/12/5year-strategy2.pdf> : 「地域生活移行支援の推進～作業療法5(GO)・5(GO)計画～」というスローガンを掲げた。

作業療法をより必要としている領域、さらには作業療法が貢献できる領域への職域拡大も含め今後5 カ年の内に、入院医療を中心とした医療の領域に5 割、保健・福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5 割の作業療法士配置を目標とする

いうのは絶対におかしい。でもこれは現実です。これはその入院についての入院形態を見るともってはっきりわかるのでこの図を入れたのですが、こんなに違いがあるのです。

【図表 1-3-11】

なおかつもう一つ大きな問題があります。実は精神科病院で年間で28,000人死亡退院しているのです。



【図表 1-3-12】

退院促進とか地域移行というのは、一回目の七年前に起こった検討会で72,000人の人を退院させて72,000床ベッドを2014(平成26)年までの10年間で減らすというこういう政策を出したのです。

ところが私はわざわざ退院させなくても、3年たてば72,000床減らされるということを、この数字を持って申し上げたんですよ。精神科というのはおかしいですよ。退院はするかもしれないけども、ベッドは維持しないといけないという、財源に縛られて医療が行われるという、本来の医療ではない動きが、もう何年も前から続いてきているということです。これは入所施設もみんな同じです。

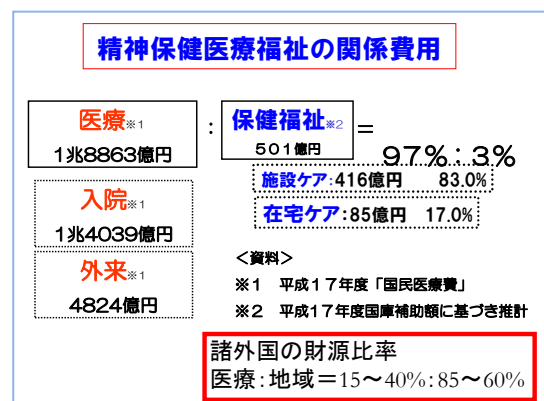
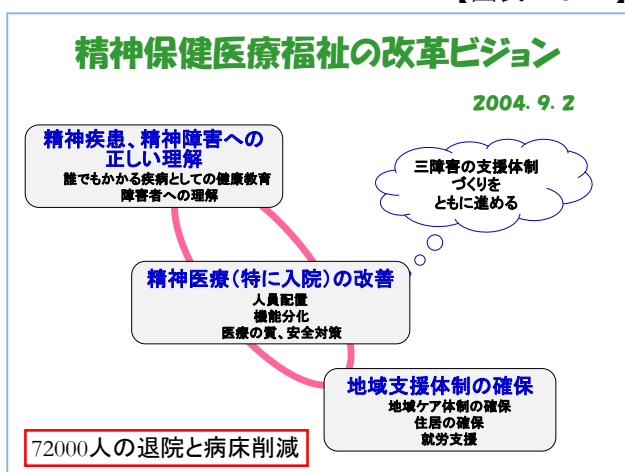
経済原則に自分たちの行動が縛られてしまう。理念は棚上げされ、わかるけどもできないということが起こるわけですね。この問題はやはり、私も含めて支援者全員がもう一回考え直さないといけない。

さて、精神障がい領域にいる者としては、自立支援法で他の障がいと一緒に処遇できるようになりましたから、私はすごく喜んでます。

【図表 1-3-13】

喜んでいますが、この財源配分はですね、私はもう、怒っちゃいますね。なんで医療が97%で保健福祉3%で地域で全部まかなわなければならないのか。これは圧倒的におかしい、圧倒的に不平等な現象が起こっています。

地域移行を推し進め、地域の中で一人ひとりの希望に沿った暮らしを、私たちが支援するには、この財源配分を変えなければなりません。



4. おわりに

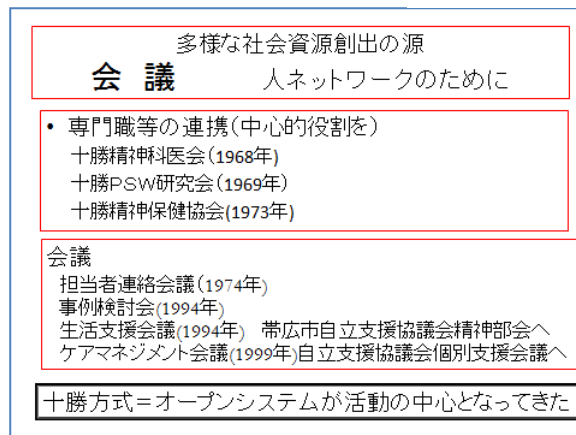
退院促進というものはいろんな形で行われていますので、皆さんに期待していることは精神障がい者の症状をもった人間の、その症状も含めて支援してくれと皆さんにお願いするわけではないんですね。

生活を応援するんです。私たちは普通に生活をしていますから、日本の社会では、すべての人の生活が成り立つような資源があるんです。知的障がいの人の資源が必要なのではなくて、普通の生活資源を知的障がいの人も活用できるようにということから考えることが、大前提ですよ。自分たちも生活しているんだから、それを彼らが応用して使えればいいわけですね。

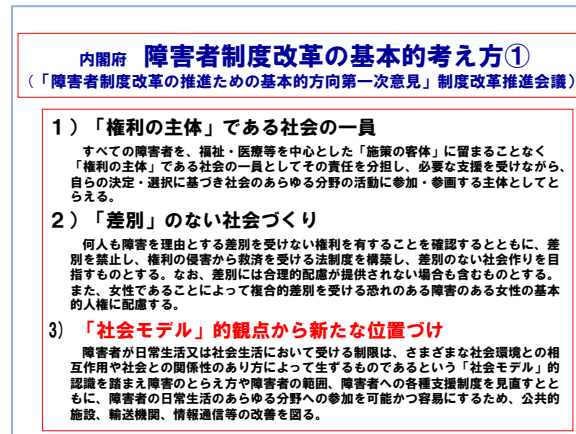
住居と日課と余暇という、ごく当たり前の人間共有のものが彼らに用意されるべきだと思います。

障がいに関係ありません。本人たちが活動する場をたくさんいろいろ作る・会議をちゃんとやる・連携するために1施設ではなくて、いろんな人たちの会議を、複層的に行うということをやっとやり続けていました。具体的に言うと、一番重要な理念は、医学モデル・個人モデルから社会モデルに変わるという当たり前の考え方をどうということなんだということを皆さんが学ぶことだという風に私は思っています。

【図表 1-3-14】



【図表 1-3-15】



社会モデル²⁰というものは 1980 年代にアメリカの社会学者たちがちゃんと理論付けたわけですが、私たちは生活モデルという言葉で、それ以前から生活ということに焦点を当てた活動をしていました。実はこの考え方は基本的には同じなんですね。ですから、どんなに障がいがあってもまずはそのままでいい。そのままの状態はどうやったら暮らすことができるかを考えるという、ここから始まるということです。その障がいをどうにかしてから暮らしを考えるのではなくて、治療によってもっと良くなるのならば、地域の生活をしながら治療を受ける。こういうものの考え方です。知的障がいの人が暮らす技術が十分でないのであれば、生活をしながら動機付けをして、そこで身につけていく。この体験的なものが非常に重要だと思っています。これが実は今度の障がい者制度改革の中で、明記されたということが注目されるべきですね。

今までは法律も制度も個人モデルによって作られていきました。社会モデルの視点・観点から、法律を新たな位置付けを求めています。

²⁰ 障がい者問題を扱う人権啓発」再考 - 「個人-社会モデル」「障がい者役割」を手がかりとして - 松波めぐみ 20030425 「部落解放研究」 151 号 <http://www.arsvi.com/2000/030425mm.htm>
障害の社会モデルの理論と実践：横浜国立大学院環境情報学府石尾恵美著
<http://kamome.lib.ynu.ac.jp/dspace/bitstream/10131/3136/1/3-Ishio.pdf>

さて、最近の帯広はこういう様子です。

市役所の駅の中にも三障がいみんなで作っているアンテナショップがあり、市役所の 11 階で、精神障がいでも事業を始めています。図書館の三階にも喫茶をやっています。要は、私たちが普通に資源を使うことで、彼らの支援をできるということを見て頂きたいためにやっています。

【図表 1-3-16】



【図表 1-3-17】



1982（昭和 57）年に私たちが始めたときは、自分たちで住居を立てざるをえなくて、いろんなところにアパートを探しては退院をしていってもらったのですが、地域にはマンパワーもないので、当事者たちが管理運営できる住居があった方がいいということから住居を作り始めるんです。

ごく普通のアパートで管理者は置かないし、ずっとそのあといろんな住所を借り続けています。全部借り物です。住居を準備し、活動先を整えれば、地域移行はできるということなんですよ。お金がないから生活保護にするか、あるいは働きたいから、生活保護から抜け出したいので働くという人たちがたくさん出てきたので、働く場を作らざるをえなくて、働く。みなさんがやっていることと同じことです。

【図表 1-3-18】

結果を見ますと、右図のように帯広・十勝はベッドがこれだけ減りました。

公立は 420 床が 316 床に、それより多いのが民間精神科病院で、492 床が 224 床と半分以下に減ったのです。それで帯広・十勝は少しみんなから注目されるようになって、田舎から私もこうして出させていただけるようになりました。

地域ケアが充実すると入院施設は少なくてすむ 十勝の精神科病床の変化				
	病院名	1996年	2007年	削減数
公立	道立緑が丘病院	270	216	54
公立	国立十勝診療所	150	100	50
民間	柏林大病院	127	0	127
民間	帯広厚生病院	106	70	36
民間	帯広協会病院	78	0	78
民間	大江病院	181	154	27
	病床数合計	912	540	372
	公立	420	316	104
	民間	492	224	268

1996年から減少 2007年7月に540床に (来年は510床)
 病床利用率80%程度 実質万対13人前後 将来は150床に
 ACTチームが2つと主治医・訪問看護などを含めたケアマネ
 による地域生活支援システムがある。

入院医療を縮小し地域生活支援を行うと費用対効果が

第2部 精神障がい者支援の基礎知識

第1章 統合失調症等の精神医療の基礎知識

1. はじめに

社会福祉法人 南高愛隣会 ひかり診療所 田島 光浩

【図表 2-1-1】

まず、精神の病気、特に統合失調症についてお話をする前に、障がい者の地域生活を支援する福祉の皆様は何故精神医学の知識が必要なのかをお話しします。

精神科医として、外来診療や、訪問先で福祉の現場の人たちとお話する中で、「自分たちは別に医療的なことを知らなくてもいいんじゃないか」ということを言われることがあります。しかし、「そうではない」というのをわかってもらうために、必ずこの話をさせてもらっています。

障がい者の地域生活支援については、私よりも皆さんの方がご理解されていると思います。

ただ、障がいや病気にはいろいろあり、一人ひとりを理解するときには、個別的なやわらかい理解と、普遍的な硬い理解に分けて考えると、一人ひとりに寄り添った支援に繋がります。

私が精神科医として責任を持ってやっている所は、この硬い理解の所、精神医学的な診断や治療ということになります。

お勉強の前に なぜ精神医学の知識が必要なのか？

- 支援には、その人の「生きにくさ」を理解することが必要です。
事情は人それぞれ、その人固有の人生の中で体験されることの理解が必要。
(すべて病気のせいにはしない！その人を取り巻く環境側の問題もあるかもしれない。
→症状なのか、心理的な反応なのかの判断が必要)
- 理解を助けるために2つに別けて考えてみましょう。
個別的(やわらかい) 理解：個性、性格、生活環境など
普遍性(硬い) 理解：医学的診断、行われる治療法

【図表 2-1-2】

しかし、暮らしの場での支援の中で、何らかの病気を持っている場合には、どうしても個別性と普遍性をいったりきたりして支えることが必要になってくると思うのです。

普遍的理解というものは、利用者の人と接していれば自然とわかるものではなく、自分で本を読んだり、研修会に参加したり、勉強しないとなかなかわからないという特徴があります。

自分から求めてやらなければならないということです。

その人の「生きにくさ」を支えること

→その人を支えるとは？

個別性と普遍性を行ったりきたりしての
バランスが必要ですよ

普遍的な理解

精神医学的な診断や治療（科学的根拠を元にある程度一般化された知識）

→これは自分で学ばなければ知識として得られない！

【図表 2-1-3】

障がいや病気を持っている方への支援者として日常生活上の普遍的な理解を知らない事による弊害は、いろいろな不安や葛藤、変な思い込み等があると、結果として管理的な処遇になってしまったり、援助しているつもりでも気づかないうちに、逆にその人を傷つけてしまったり、二次障がいを引き起こすことがあります。

支援者は自らの葛藤に自覚的であれ！

こんなことはありませんか？

- 不安、葛藤を否定したままでは、管理的な処遇となり、「支配－被支配」の関係に転化されてしまうことがある
 - 援助しているつもりが、気づかないうちにその人の生きにくさを助長し、その尊厳を傷つけることもある
- 支援者の不安や葛藤が軽減することでより良い支援につなげることができる

これは医者である私も同じです。そういうことは特に気を付けなければいけないと思っています。

【図表 2-1-4】

精神医学的な知識というものは利用者を理解するためではなく、支援者の人たちが持つ不安や葛藤などを解消する役割もあります。支援者の人が燃え尽きたり、不安が強くなりすぎて続かないということを防ぎ、結果としてより適切な支援をより長く継続することを助ける可能性もあります。だから医学的知識も必要なのです。

なぜ精神医学の知識が必要なのか

精神医学的な知識は、利用者を理解するためだけではなく、支援者みずからを理解し、助けることにも役立つことがある。

→ より適切な支援を、より長く提供できる可能性がある。

だから、医学的知識も必要なんです。

ここで強調したいのは、これからの精神医療福祉は医療モデルから生活モデルへ転換しなければいけないのですが、医療が必要無いというわけでは決していないのです。

特に精神の障がいをもつ方は病気と上手に付き合っていくことが必要です。そのためには、医療と福祉とうまく融合した形でなければ、どうしても乗り越えられません。大きな落とし穴が潜んでいる場合もあるので、その辺は誤解をしないようにお願いしたいと思います。

インターネットで学べる精神障がい者サイト

- ◎ みんなのメンタルヘルス～こころの病気・精神障害の方の治療・生活を応援する情報サイト～
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/disease/index.html> (提供：厚生労働省)
- ◎ わたしたち家族からのメッセージ～統合失調症を正しく理解するために～
監修白石弘巳 東洋大学ライフデザイン学部教授・精神科医 (提供 NPO法人 全国精神保健福祉会連合会 <http://seishinhoken.jp/files/booklets/2010-04-10.pdf>
<http://www.risperidone-amel.jp/about/data/handbook.pdf>

2. 統合失調症とは

【図表 2-1-5】

「統合失調症」はどんな病気？

■どのくらいの人が病気になるの？

日本全国で約79.5万人の患者さんが治療を受けています（平成20年厚生労働省患者調査）。

一生の間に統合失調症にかかる割合は、およそ100人に1人とされています。

10代後半から20代に発症する
場合が多い。



統合失調症の一般向け説明(日本精神神経学会「精神分裂用の呼称変更委員会」作成)より

まず、統合失調症とはどんな病気か。みなさんのなかにいろんなイメージがあると思いますが、日本全国でだいたい 80 万人くらいの方が統合失調症の診断のもとに治療を受けています。一生の間に統合失調症にかかる割合はおおよそ 100 人に 1 人。結構身近な、学年に何人かはいるというような、ポピュラーな病気です。

【図表 2-1-6】

統合失調症の、発症とか症状とか悪化のサインは、右図のようなものが挙げられます。

なんとなく元気がないとか、学校や会社を休みがちとか、よく眠れなくなった、音に過敏になった、部屋を片付けなくなったり、身なりに構わなくなった、周りの人が自分の悪口を言っていると周囲に非常に敏感になった。ごくごくありふれたものです。

短期間、例えば一日だけとか、30 分だけとかそういう短い期間の間だけなら誰でも経験したことがあるのではないかなと思いますが、統合失調症の方はこういう症状が長く続くというのが一つの特徴です。

統合失調症は100人に一人が発症する病気

統合失調症発症・悪化のサイン

- ☐ 最近元気がない
- ☐ 学校や会社を休みがち
- ☐ よく眠れない
- ☐ 音に敏感になった
- ☐ 部屋を片づけなくなったり身なりに構わなくなった
- ☐ 「周りの人が自分の悪口を言っている」など周囲に敏感な言動が見られる

短期間であれば誰にでもあること。2週間以上続くような場合は早めに精神科などに受診した方が良い。

【図表 2-1-7】

統合失調症は、治る病気なのでしょうか？

統合失調症というと不治の病で、一回病気になったらずっと入院して、一生病院から出てこれないというイメージもあるかもしれませんが、それは、もはや過去の話です。

最近は発病しても入院することそのものが少なく、外来治療が中心となっていますし、仮に入院したとしても、入院期間は非常に短くなっ

「統合失調症」はどんな病気？

■治る病気なの？

最近は薬物療法の効果が高くなってきている。
(新薬の開発など)

心理社会的な介入(社会生活に対応する訓練など)による新しい治療法が普及し、社会参加を目指すリハビリテーションも進歩しました。

⇒
早期に適切な治療を行うことによって、
今では多くの患者さんが回復し、
社会参加をしています。
(早期発見・早期治療が基本です)



ています。良く例えられるのが、糖尿病や高血圧のような慢性疾患です。その病気そのものがないことはないけれど、治療などによりうまくコントロールされることも多いのです。

年々薬物療法の効果も非常に高くなってきていますし、より治療効果の高い薬の認可も増えています。精神科リハビリテーションも、非常に進歩してきて、他の病気と同じように、早期に適切な治療を行うことで、多くの患者さんが本人なりの回復というものをされています。

基本は早期発見、早期治療で、発症からできるだけ早く治療に移った方が当然そのあとの予後もいいということがわかってきています。発症されてから、医療・治療なりにつながるまでにだいたい3年ぐらいと言われていて、それをどうやって短くしていくかというのが一つの課題です。

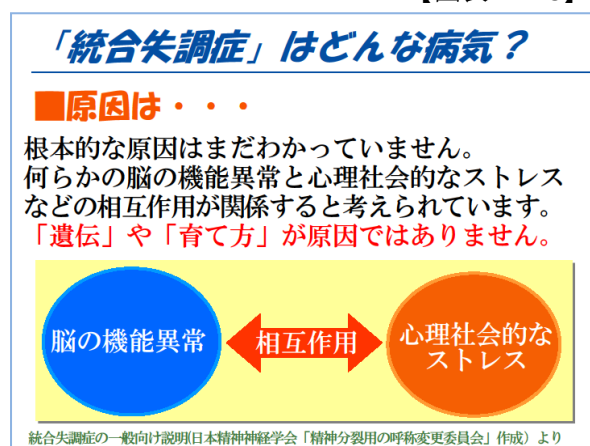
3. 統合失調症の病気の原因は？

【図表 2-1-8】

発症原因ですが、根本的な原因はまだわかっていませんが、徐々に解明されつつあり、何らかの脳の機能異常と心理社会的なストレス(職場、学校、家庭、近所、友人、事故、病気等々、あらゆる環境から来るもの)などの相互作用が関係すると言われています。

よく言われる遺伝とか育て方と原因ということでは決してありません。

50 年前までは、統合失調症に効果のある薬がなく、またその原因も全く見当すらなかったのが、対応方法もわからず、加持祈祷に頼っていたことが、「遺伝」とか「育て方」に転嫁されてきたのです。

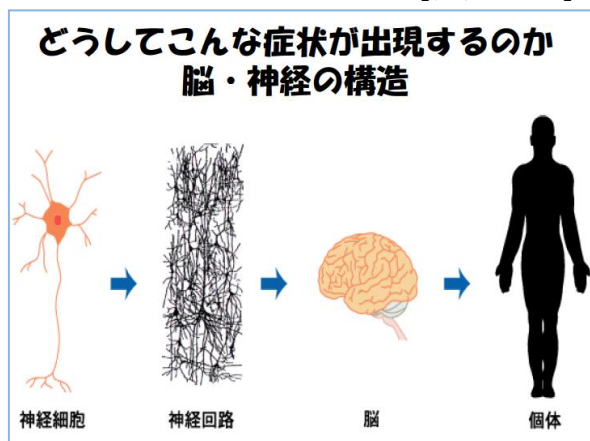


【図表 2-1-9】

脳の機能異常をお話する前に、脳の構造からお話します。

私たちの体というのは神経細胞の塊からできています。まず神経細胞の小さいのが一個あって、それがたくさん集まって神経回路というものになります。

その神経回路がまたたくさん集まって脳になったり、肝臓になったり、皮膚になったり、それがいっぱい集まったものが人間の体の個体というものになります。



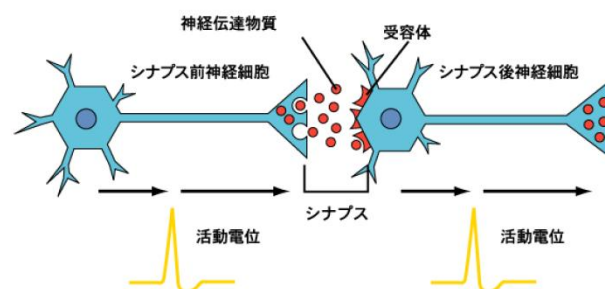
【図表 2-1-10】

この神経回路というものは、神経が沢山つながっているところです。

その神経と神経の間をシナプスと言いますが、このシナプスとシナプスの間を神経伝達物質と言われているものが行ったり来たりしていろいろな情報を伝えています。

基本的には私たちの脳は例えば今、冬で寒いとか、熱いとか、おいしいとかそういうものも全部、情報をこの伝達物質が行ったり来たりすることで伝えています。

どうしてこんな症状が出現するのか？ シナプスでは何が起きているのか



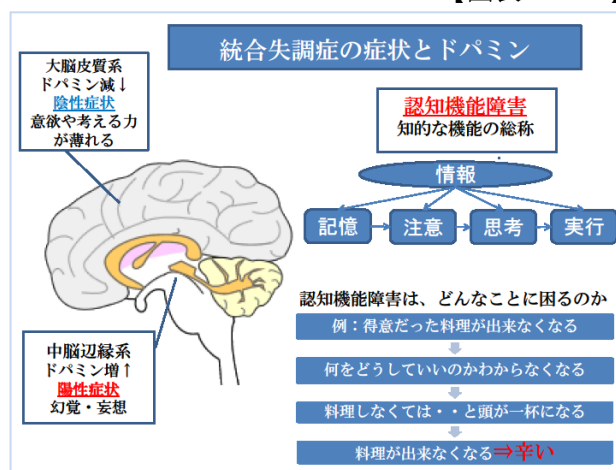
【図表 2-1-11】

統合失調症の人は、このシナプスで行われている神経伝達物質のやり取りのバランスが崩れてしまうのです。そのことによって、いろいろな症状が出てしまうのではないかと考えられています。

神経伝達物質はいろんな種類があって、その中の代表選手がドパミンです。その伝達物質の種類によって、いろいろ違ってくるのですが、統合失調症の場合には一番関係しているのはドパミンだと言われています。このドパミンが中脳で増えすぎると、陽性症状と呼ばれるものが起こってきます。

大脳皮質系と呼ばれる所でドパミンが減ると、陰性症状と呼ばれる意欲が低下したり、考える力が薄れたりというようなことが起こってきます。一つの頭の中で、場所によって全く反対の現象が起きているために、いろいろな症状が出てしまうのです。

原因が何かはまだ特定はされていませんが、このモデルが有力となっています。



4. 統合失調症の具体的な症状と障がい

【図表 2-1-12】

統合失調症の具体的な代表的な症状に、実際にはない声が聞こえる「幻聴」や、実際にありえないものを信じてしまう「妄想」などがあります。

急性期には、感情の変化、不安が非常に強くなるとか、非常に怒りっぽくなったり、逆にすごく悲しくなったり、感情のコントロールができなくなることもあります。

周囲も本人も気がつきにくいですが、非常にストレスに弱くなったり、対人関係が苦手になったり、一度にた

くさんのことができないというような変化も起こってきます。また、そうした症状は、行動にも影響が出てきます。具体的には幻聴に従って突飛な行動を取ってしまう。極端な話だと、幻聴で「そこから飛び降りろ」と言われて、本当に飛び降りてしまうとかですね、そういったこともごくごく稀には起こります。

幻聴でいろいろな声が聞こえると、周囲が怖くて閉じこもったり、何をやろうとしても幻聴によって否定されたり、あざ笑われたりするので、意欲が薄れて何かと消極的になるということが起こります。

具体的な統合失調症の症状

「幻聴」・・・実際にない声が聞こえてくる
「妄想」・・・実際にあり得ないことを固く信じる
「感情のコントロールができにくくなる」
・・・不安が非常に強くなる。意欲の低下、興味の消失、感情の鈍磨、感情の平板化。怒りっぽくなってしまう。
「目立たない症状に本人も苦しみます」
手順がわからなくなる。一度に沢山のことができない。ストレスに弱い。対人関係が苦手。
集中力・持続力が続かなくなる。生活リズムが乱れる。
「行動にも影響」・・・幻聴に従って突飛な行動をとったり周囲が怖くて閉じこもる場合がある。
意欲が薄れ何かと消極的になりやすくなる。

【図表 2-1-13】

こういうものを精神医療の世界では、陽性症状・陰性症状という言い方をします。

最近はその認知機能障がいというの注目されてきていて、症状は大きくこの三つに分けられます。【図表 2-1-12】の具体的な症状を、右図で陽性症を左に、陰性症状を真中に、認知機能障がいを右に分けてみました。

陽性症状の代表選手として幻覚と妄想があり、幻覚の中には幻聴とか幻視というものも入ります。

陰性症状には、感情の平板化、自閉と言われるものが入ってきます。

認知機能障がいというものはちょっとわかりにくいのですが、私たちは何か物事をするときに、いろんなことに注意を払ったり、何かを覚えたり、それをもとに実行していきます。それがうまくいかなくなるのが認知機能障がいです。具体的にはどんなことが起こるかという、今まで得意だった料理ができなくなってしまう。なぜそうなるかという、料理しなくてはと考えても、手順が分からなくなり、頭がいっぱいになって、何をどうしていいのかわからなくなる。結果的に今度料理に取り組むのがつらいなということになってしまうのです。

「統合失調症」の症状の整理

■陽性症状、陰性症状と認知機能障害

統合失調症の症状は、大きく「陽性症状」、「陰性症状」と「認知機能障害」にわけることができます。

陽性症状
幻覚、妄想など

陰性症状
感情の平板化、
自閉など

認知機能障害
記憶・判断が
低下

【図表 2-1-14】

統合失調症の方は、脳の中で、ある部位ではドパミンが増えていて、陽性症状と言われるものが起こってくるし、ある部分ではドパミンが減ってしまって陰性症状と呼ばれるものが起こってきます。（【図表 2-1-11】参照）

一度に真逆のことが脳の中で起こってしまうという特徴があります。

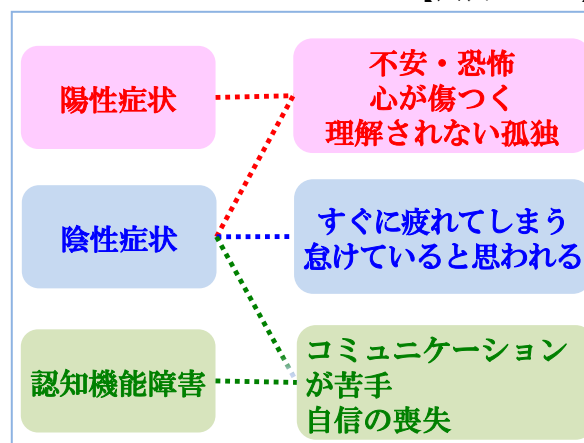
陽性症状と言われるものがありますと、二次的に非常に不安が強くなったりですとか、心が傷ついたり、例えば幻聴というものはその人にしか聞こえませんが、周りの人にはなかなか理解されづらい。そういう孤独感みたいなものも出てきてしまいます。

陰性症状があることで、すぐに疲れてしまったりとか、本当は本人にやりたい気持ちはあるんだけど、結果的になかなか朝起きることができなくなったりしますので、周りから怠けているんじゃないかと思われてしまいます。

認知機能障がいとは、いろんなことがいつべんにできなくなったり、記憶がなかなか続かなかったりすることでコミュニケーションが苦手になったりして、結果的に自信を無くしてしまう。

このような症状や障がいが互いに影響しあい、生活をしづらくしているのです。

ただし、こういった陽性症状や陰性症状というものは常に続いていくわけではありません。



インターネットで学べる精神障がい者サイト

◎ メンタルナビ統合失調症(他にAD／HD、てんかん、うつ病等)

帝京大学 医学部精神神経科 主任教授 南光 進一郎(提供: ヤンセンファーマ)

<http://www.mental-navi.net/togoshicchoshou/index.html>

◎ 統合失調症と上手に付き合うために: ハンドブック監修: 国際医療福祉大学 医療福祉学部教授 上島 国利 (提供: 共和薬品工業)

<http://www.risperidone-amel.jp/about/data/handbook.pdf>

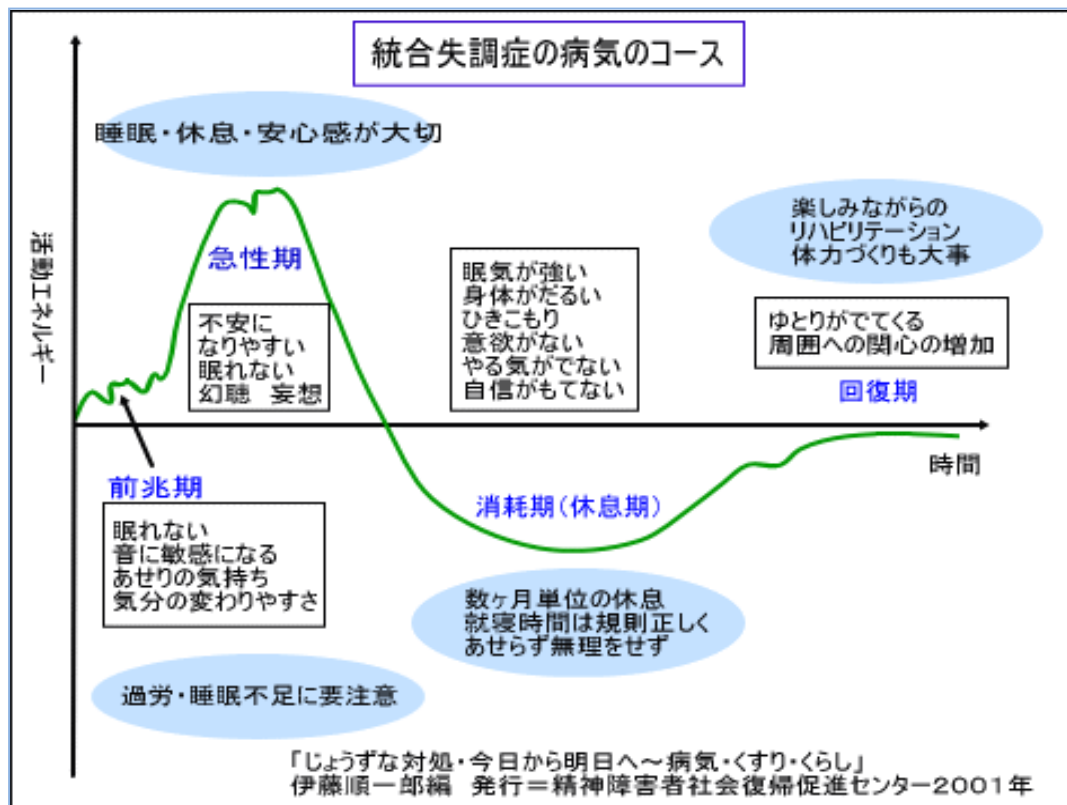
◎ Dr林のこころと脳の相談室: 以下の説明がしてあります。

(脳の科学の進歩により、こころの病の多くが治るようになっています。それを知っていただくために、作成しているサイトです。)

<http://kokoro.squares.net/index.html>

5. 統合失調症の回復過程と障がい

【図表 2-1-15】



この図は、国立精神保健研究所社会復帰部長の伊藤順一郎氏のものです。わかりやすいので、引用させていただきました。

発症してから全員が同じような経過をたどるわけではありませんが、普遍的な解釈では、上の図や病気のステージ（【図表 2-1-18】）のようなものがあって、多くの方がだいたい四つのステージを経過すると考えられています。

① 前兆期

前兆期は具体的にはどんなことがあるかということ、眠れない、音に敏感になる、あせりやすい、気分が変わりやすい。こういうものがあげられます。

この時期はみなさん、「あれ最近何か変だな」と思うだけで、私たち精神科医の前に現れることは非常に少ないです。

② 急性期

そうこうしているうちに、急性期と呼ばれるものに入ってきます。

一番多いのは幻聴や妄想、眠れないといった症状がはっきりと出てきて、やっぱり何かいつもと違うなと感じたり、あるいは本人が感じなくても周りがそういうことを感じてきます。ここで初めて病院に受診をされる方が増えてきます。

③ 消耗急性期

急性期を過ぎると、次には消耗期と呼ばれる時期に入ってきます。急性期は陽性症状と言われる、どちらかというと派手な症状が多いのですが、急性期に脳内で膨大なエネルギーが消費された後ですので、脳がすっかり疲れ果てています。この消耗期に入ると陰性症状と呼ばれる、眠気が強いとか、体がだるいとか、意欲がわからないとか、自信が持てないといった

症状が主となってきます。

④ 回復期

この時期を過ぎて、ゆっくりと回復期と呼ばれるステージに移行していきます。

この中で時間経過に沿ってずっと右側に動いていくわけではなくて、人によっては休息期に行っただけでも、何らかの原因で急性期に戻ってしまったり、回復期まで行っていたのだけれども、また休息期に戻ってしまったりという方もいらっしゃいます。

【図表 2-1-16】

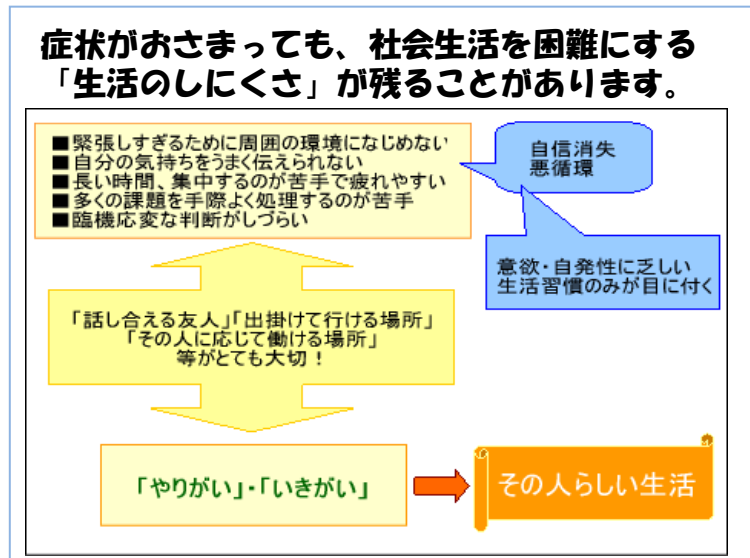
統合失調症回復期に入り、ある程度症状が治まっても、社会生活をしていく中で暮らしにくさというものが残っていく人がいます。こうした方が、福祉サービスを必要とする方です。

他の病気では、例えば胃潰瘍を例に挙げれば、急性期は胃そのものが大きな障がいを受けているので食べることすらできず、薬と点滴そして安静という手立てで、出血などがひどければ入院します。しかし、徐々にお粥が食べられるようになり、

ある程度その病気が治り、日常生活は送れるようになり、後はもう何の問題もない。元の自分、全く同じ自分に戻るとい病気で、他の多くの病気もそうです。

しかし、統合失調症の場合は、陽性症状が治まっても、病気になる前の生活に戻る、復職するとか、家庭生活をすることが難しい場合があります。

そこで、生活支援を中心とした、医療と福祉そして、家族や地域住民が相互に連携した、フォーマル、インフォーマルな支援で、その人らしい生活を支える必要が出てくるのです。



6. 統合失調症の治療

【図表 2-1-17】

統合失調症の治療方法は、医療的な治療では、入院・外来いずれも薬物療法²¹と心理社会療法の二つが基本です。

慢性疾患の他の病気と同じ治療法ですね。

例えば、糖尿病で病院に行って糖尿病の薬は飲むけれど、家に帰ったらまんじゅうは食べる。肉はやわらかい脂のいっぱいのもつたものをおなかいっぱい食べる。ではよくなりませんよね。

統合失調症もお薬も必要ですし、社会心理療法(精神科リハビリテーション)も必要です。

この二つを車の両輪としてやっていくというのが基本です。

これも何かほかの病気と特別に違うというものではありません。

統合失調症の治療は？

医療的な治療は入院・外来のいずれも、

- ・ 薬物療法（抗精神病薬中心）
 - ・ 心理社会療法（認知行動療法など）
- による治療が基本です。



【図表 2-1-18】

右図は、統合失調症の回復過程と障がい度で説明した経過(【図表 2-1-15】参照)に対応する治療方法を表しています。

治療方法としては、薬物療法と心理社会的療法による生活リハビリテーションですが、回復過程によって、その比重を変えていきます。

急性期と言われているような陽性症状がメインの時には、やはり薬物療法が治療の中心になります。

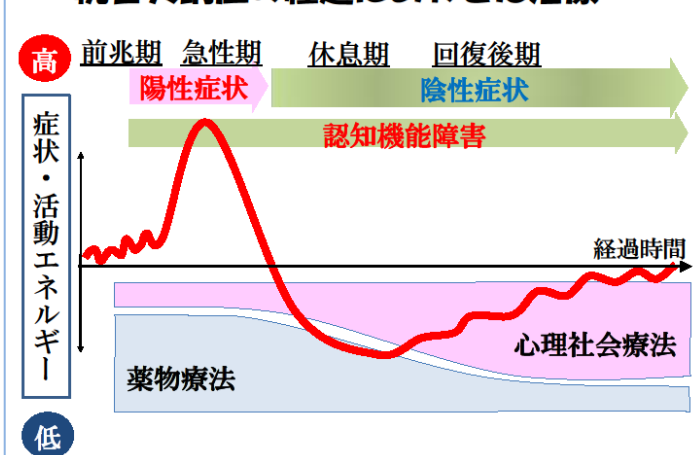
幻聴が非常に厳しいときに「リハビリテーションをやりましょう」といっても、

足を骨折した直後に「リハビリテーションですから走りましょう」と言うことと同じです。急性期はどうしても薬物療法の比重が高くなり、そのほかには、「寄り添う支援」で「聞こえてくる辛さ」「否定的な言葉が降り注ぐ不安」を取り除くことです。

徐々に陽性症状が落ち着き、陰性症状が前景になってくると、一人ひとりの生活にあわせた、心理社会的リハビリテーションの割合がぐっと大きくなります。

ただどちらか一方でいいというわけでは決してありません。図にあるように、双方を同時並行で進めていくのですが、その重みの割合を、その人に応じて変化させることです。それが、ケアマネジメントによる、サービス利用計画に基づく、看護計画であり、個別支援計画です。

統合失調症の経過にあわせた治療



²¹精神病の薬物療法についてわかりやすいサイトです。(ただし広告が入っています。):役に立つ薬の情報: <http://kusuri-jouhou.com/medicine/seishin.html>

① 薬物療法

薬物療法の中心は抗精神病薬と呼ばれているお薬です。

抗精神病薬は、脳内で神経・シナプス間で過剰になっているドパミンという神経伝達物質の動きを調整して症状を改善するというのが役割・効能です。（【図表 2-1-11】参照）

抗精神病薬というのは、この受容体にくっついったり離れたったりして、ドパミンを調整しています。そのふさぎ方によって名前が違ったり作用が違ったりしています。

ふさぎすぎると副作用が起こったりするので、その受容体をいかにうまくバランスよくふさいでやるかというのは、医者の一つの腕の見せ所というところになるのではないかと思います。

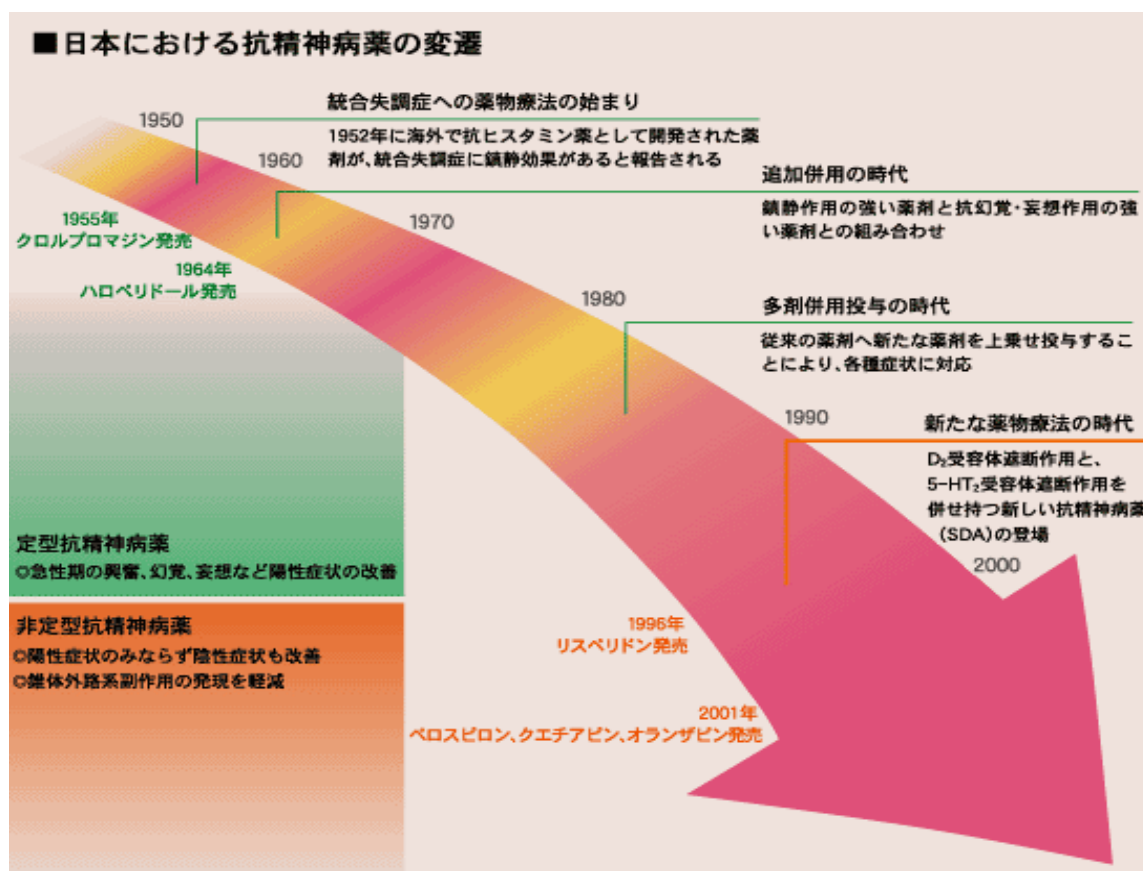
日本における薬物療法の歴史は浅く、統合失調症に薬物療法が使われ始めたのは1955(昭和30)年頃です。まだ半世紀ちょっとの歴史しかないのです。なので、まだわかっていないこともたくさんあります。1955(昭和30)年にクロルプロマジンという薬が発表されて、その後1964(昭和39)年にハロペリドールという薬が出されています。

知的障がいの方の場合でも、入所型施設の場合には3割か4割の方はなんらかの薬物療法がなされ、処方されています。

1996(平成9)年にリスペリドン発売とありますが、最近はこの新薬と呼ばれる第二世代薬が使われることが多くなっています。

どちらにしてもまだそんなに歴史が古いものではないということですね。

【図表 2-1-19】



薬物の中心は抗精神病薬と呼ばれているものですが、それ以外にも抗不安薬や睡眠薬などをいろいろ組み合わせて処方する場合があります。

同じ症状でも、薬の効き方は人によって異なりますし、糖尿病がある人は使えない薬や、他の病気で飲んでいる薬との制約もあるので、一人ひとりにあわせて調整をしています。

統合失調症の治療は？ 【図表 2-1-20】

■何といても抗精神病薬

抗精神病薬は・・・

脳内で過剰になっている神経伝達物質（ドパミン等）の働きを調整し、症状を改善する。

（特徴）

- ・受容体を適度にふさぐ
- ・ふさぎすぎると副作用を起こす
- ・ふさぎ方によって名前が区別されている

注：抗精神病薬以外にも、抗不安薬や睡眠薬、副作用を抑えるための薬などが併せて処方されることがあります。

注：処方については、個々の症状において、薬の種類や量、組み合わせを調整していきます。

【図表 2-1-21】

第一世代、第二世代の薬物の特徴をまとめています。

ハロペリドールやクロルプロマジンと呼ばれている第一世代と呼ばれているものの特徴としては、幻覚とか妄想とかの陽性症状には結構効くと言われています。

ただ、陰性症状にはどうも効きはよくないですし、さらに、副作用も多いです。

受容体(【図表 2-1-10】参照)のところのふさぎ方によっては副作用が出ます。第一世代の薬はそのふさぎ方に乱暴な作用があるのです。第一世代の抗精神病薬の薬効の閾値(症状には良く効くが、副作用は少ない)は、とても幅が狭くて、薬の量がある一定の量を超えると、一気に副作用が出てしまうのです。

一方、第二世代の薬は、新薬とか、非定型抗精神病薬とも呼ばれいろいろな呼び方がありますが、陽性症状にも第一世代と同じくらい効くといわれています。さらに陰性症状にも、第一世代と比べると少し効果が高いのではないかというのが特徴です。さらにもっと大きな特徴としては、副作用が少ないというものがあります。

勉強されている方の中には、それは嘘だろうと思う方もいらっしゃると思いますが、基礎編なので、こういう大まかな特徴ということでご理解ください。

どちらにも言えることはこの薬で全てが解決するということではないということです。先ほどこから薬物療法とリハビリテーションと両方必要と言っていますけども、この薬で目標とするところは、症状を全部これで取るのではなくて、少しでも症状をやわらげて、ストレスの抵抗力を高めてあげるところが一つの目標です。

第1世代 1950年代		第2世代 1990年頃～	
クロルプロマジン (ウィンタミン)		リスペリドン (リスパダール)	ペロスピロン (ルーラン)
ハロペリドール (セレネース)		オランザピン (ジプレキサ)	クエチアピン (セロクエル)
スルピリド (ドグマチール)		アリピプラゾール (エビリファイ)	ブロナンセリン (ロナセン)

陽性
症状

陰性
症状

副作用 多

陽性
症状

陰性
症状

副作用 少

ストレスへの抵抗力を高める

次に、抗精神病薬のおおまかな副作用をあげてあります。

第一世代は副作用が多いと書きましたけども、こうして表にしてみると、視覚的にも圧倒的に多いですね。第二世代は非常に少ないとされています。

ただ、第一世代ではあまり大きくクローズアップされていなかった体重増加や糖尿病といった副作用が注目されています。

当然第一世代で体重増加がなかったというわけではありませんが、多いか少ないかの問題と、第二世代では糖尿病で急激に血糖が上がって、アシドーシス²²なんかを起こして亡くなってしまった例が結構報告されたのです。それで非常にクローズアップされているのですけども、第一世代に比べると副作用は少ない、しかしその副作用は第一世代の物とは種類がやや違っているというのが一つの特徴です。

【図表 2-1-22】



【図表 2-1-23】

しかし、副作用のことは飲む方に見れば深刻で、「副作用があるから薬を飲みたくない」という方は結構いらっしゃるのです。

ただ、辛い副作用があるものの、統合失調症と言う病気は服薬をやめると再発したり症状が悪化する傾向が高いです。複数の研究がありますが、多いのは、服薬中断によって、再発率は70%とされています。

再発は個人差はありますが、確率は高いと確実に言えることだと思います。

私も10年くらい精神科病院で臨床医をしていましたが、再発をされて、再入院された方かなり多くの部分が、お薬をやめてしまった方です。再発すれば、必ずと言っていいほど、予後（病気の経過）が最初より悪くなり回復が遅れる傾向が高いです。

薬にはいろんな問題がありますが、やはり非常に有効な手段であり、大切な治療だと日々実感しています。

特に地域生活支援を担っていただく福祉の支援者の方には、ぜひお願いしたいことなのですが、薬の副作用を知っておくと、副作用が出たときに速やかに対処ができます。

精神障がいや知的障がいの方で、抗精神病薬を処方されている方は、生活支援をなさっている方に、副作用の辛さを話せるようにしておいて頂きたいのです。

医者って診察室にいて、三分くらい診察をして、自分の聞きたいことを聞いたら、「はいまたね、同じ薬出しておくからね。」となってしまう、副作用を結構見逃してしまいます。ご本人が、

副作用の一方で

■統合失調症は服薬をやめると再発したり、症状が悪化する傾向があります！

◆治療の期間や回復の仕方には個人差がありますから、自分で勝手に薬を減らしたり、服薬中断することは危険です。

◆薬の副作用を知っておくことは、副作用がでた場合に速やかな医師への相談につながります。

→利用者にかかわる人たちは、薬との上手な関わり方を利用者と一緒に考えることも必要です。



²² 血液中の酸と塩基との平衡が乱れ、酸性側に傾いた状態。腎不全・糖尿病が原因で重炭酸（アルカリ）が失われたときなどにみられる。酸血症。代謝性アシドーシスでは、徐脈で心拍出量の低下が起き、低ナトリウム血症では血圧低下で頻脈となる。

薬を飲む辛さを抱えている場合、自分から言える方はいいのですが、言えない方も結構いらっしゃると思いますので、副作用について「もしかしたら」ということを医者に伝えて頂く、一緒に考えて頂くというのは非常に大切な事です。

それは、副作用の少ない薬の種類や量や飲む回数を変えることが出来て、薬を飲む辛さを少しでも減らして、服薬中断(薬を飲むことを止めること)を防ぎ、結果再発を防ぐことに繋がります。

「私たちは医者では無いから、薬のことは知らなくていい」というのではなくて、ぜひ一緒に知って考えて頂ければいいと思います。

このテキストの目的でもあります、利用者に関わる人たちは薬と上手な関わり方を利用者と一緒に考えること、これも支援を行う上で非常に大きなポイントだと思います。

ぜひ医療について、特に薬については知っておいて頂いて、一緒に考えて頂ければと思います。

② 我が国の薬物療法の課題

日本の精神科医療は、特に精神科病床数や入院期間は、諸外国と比較してずいぶん遅れていると言われていますが、治療の面でもだいぶ違ってきます。

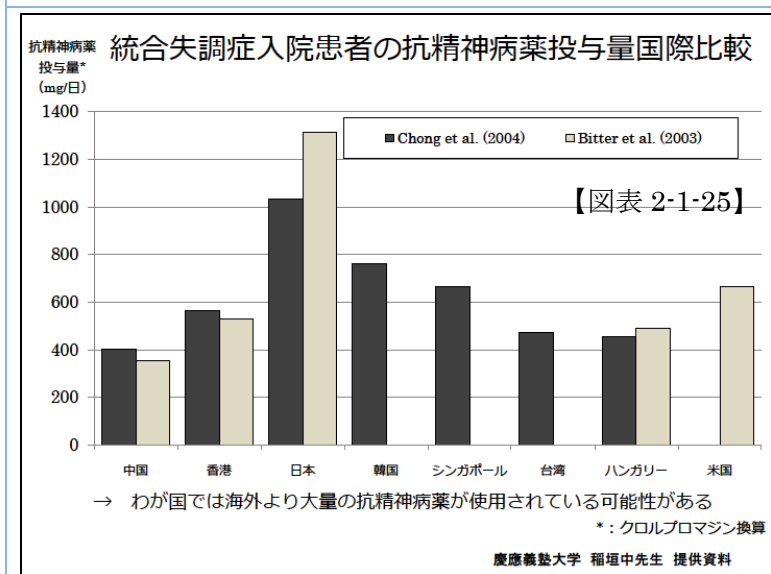
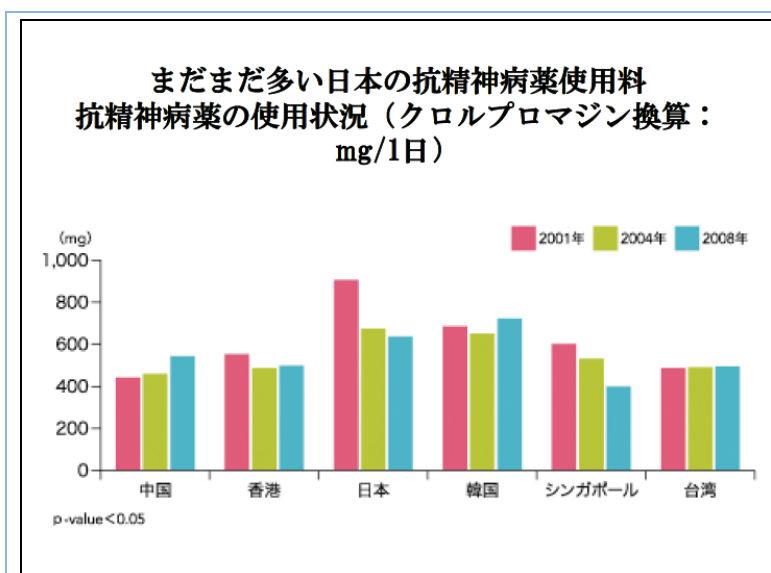
【図表 2-1-24】は日本で使われている抗精神病薬の量を表したものです。右の図はアジア版なのですが、日本の処方量は多いです。

【図表 2-1-25】²³は、別の研究者の資料ですが、アメリカとハンガリーも比較対象ですが、圧倒的に日本の投与量が追いつくことがわかります。

諸外国に比較して圧倒的に多いのはいろいろな理由がありますが、精神科医療の質に係ることであり、大きな問題になっています。

薬は脳に直接作用しますので、薬が多いことで、副作用が起りやすく、活動を制限してしまいま

【図表 2-1-24】



【図表 2-1-25】

す。また、我が国は単に薬の量が多いのではなく、多剤併用の割合が突出して多いという大きな課題があります。

【図表 2-1-26】

右図²⁴では、我が国の単剤(1 種類の薬)投与は、他の国に比べて最も少なく、3 剤(3 種類)以上が最も高くなっています。

多剤併用のデメリットとは、どれが効いたかわからないことです。たくさん薬を飲んでいて、それでずっといけばいいのですけども、必ず波はありますから、その時にどれが効いているのかわからないので、治療のしようがないのですね。

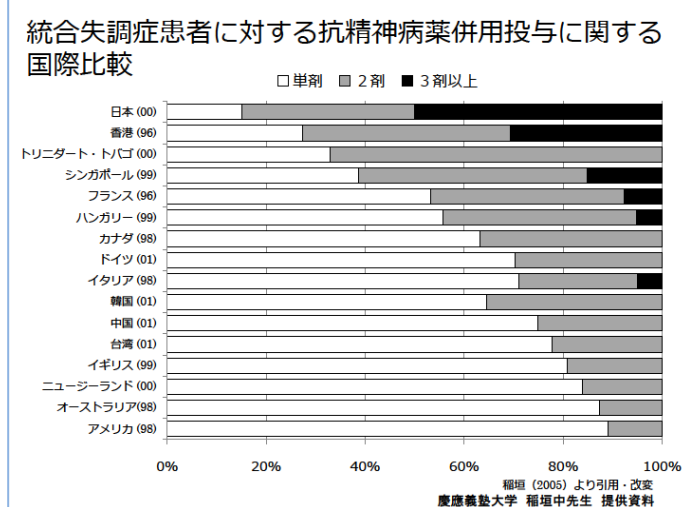
例えば4種類の薬を飲んでいたら、そのうちこの薬はまだ増やせるから効いているか効いていないかわからないけど増やしてみようとかいう感じになってしまいます。

もちろん優秀な先生がいて、そこがきちんとわかる先生もいらっしゃると思いますが、多くの精神科医はわからずに、やっているというのが現状です。

二番目として、副作用が出たときにどの薬が問題かわかりにくい。それぞれの薬のメリットもわからないし、デメリットもわからなくなるのです。副作用を止めるのに、副作用止めというものをします。そうすると、抗精神病薬の副作用止め、の副作用止め、の副作用止め・・・と延々と薬が増えていきます。薬物の飲み合わせも考える必要があります。これは非常に大変です。これとこれを飲んではいけないといった縛りが結構あります。それを一個一個考えていくのはすごく大変です。しかも結構それに気づかないのですね。何か問題が起こってから気が付くことが多い。医学雑誌なんか載る多くの文献では薬一種類の話が多いです。また、薬には必ず薬の説明書というものがついています。その説明書には当然その薬一種類だけを飲んだ時の状況が説明されています。その説明書を読んでも、他の薬をいっぱい飲んでいてと相互作用がありますからほとんど意味がないのですね。一種類の時はそうかもしれないけども、じゃあほかの薬と飲み合わせたときはどうなのということは一切わからないので、なかなか難しい。

また薬の種類や量が多いと、一日何回も飲むとなると飲み忘れが多くなったり、飲みたくなかったりということが結構起こってきます。私も慢性気管支炎で最近、一日三回薬を飲まなければなりません。ほとんど飲みません。ほとんど忘れていきますね。今まで平気で患者さんに「薬はちゃんと飲まないでだめだよ。」なんて言っていましたけれども、一日三回とか、どだい無理ですね。

最近は、一日1回の処方の良い薬もありますから、一人ひとりの生活状況を把握して、どうすれば、飲み続けられるか、患者さんの立場になった処方が求められます。それを知るには、ご本人と本人の生活状況を良く知っている支援者の情報が有効になります。



【図表 2-1-27】

右図は一例ですが、多剤多量の、副作用止めの副作用止めの副作用止め・・・となった結果がこれです。

一日にこれだけ飲んで、いるということです。見た目でも手のひらいっぱいです。あれだけの量を飲まなければいけないというか、飲まされている方が結構いるということです。

わが国での従来型抗精神病薬の 多剤併用・大量療法の処方例			
① セレネース [®]	Haloperidol	(3) 12T	
② インプロミン [®]	Bromperidol	(5) 12T	
③ レボドミン [®]	Levomopromazine	(50) 3T	
④ トロペロン [®]	Tiroperson	(3) 3T	
⑤ パルネチール [®]	Saltapride	(200) 9T	
⑥ テグレート [®]	Carbamazepine	(200) 3T / 3cN	
⑦ グラマリール [®]	Tiaperide	(25) 3T	
⑧ ビカモール [®]	Riperiden	(2) 3T	
⑨ アーテン [®]	Tribenphenidyl	(2) 3T / 3cN	
⑩ 酸化マグネシウム [®]	Magnesium oxide	3g	
⑪ パントシン [®]	Pantothine	600mg	
⑫ 乙字通 [®]		6g	
⑬ ベサコリン [®]	Bethanecol	60mg	
⑭ ウブレチン [®]	Diltiazem	(5) 3T	
⑮ 百虎加人參湯 [®]		4g / 3cN	
⑯ リズミック [®]	Amorolium	(10) 3 T / 2cMA	
⑰ レボドミン [®]	Levomopromazine	(50) 1T	
⑱ ベグタミン [®]		2T	
⑲ ビレチア [®]	Pranathazine	(25) 2T / 1cN	
⑳ プルゼニド [®]	Scanside	6T	
㉑ ラキソベロン [®]	Sodium picosulfate	2T / 1cN	

＊副作用止めが副作用を生じ雪だるま式に増加

薬物療法というものは非常に大切で、絶対に必要なものですが、そのやり方については考え直さなければいけないというところに来ているのだと思います。

【図表 2-1-28】

③ 心理社会療法

次に精神科治療のもう一つの武器として心理社会療法があり、精神科リハビリテーションと言われています。代表的な療法として「認知行動療法」を精神科では多用しています。特に最近では、医療のみならず、福祉分野でも、その認知行動療法の技法の中での SST, 社会技能訓練を取り入れているところが非常に多くなっています。

認知行動療法で用いられる技法

- ・ モデリング
- ・ 合理情動療法
- ・ 認知療法
- ・ 内潜的条件付け
- ・ 自己監視法
- ・ 問題解決訓練
- ・ 自己教示訓練
- ・ 行動的家族療法
- ・ 不安管理訓練
- ・ 多面的行動療法
- ・ 系統的合理的再体制化法
- ・ リラクゼーション
- ・ SST (社会技能訓練)
 - ・ 認知的行動変容
 - ・ セルフ・コントロール行動療法
 - ・ 対人的認知的問題解決療法
 - ・ 合理的情動催眠療法
 - ・ 構造的認知療法
 - ・ 合理的行動療法
 - ・ ストレス免疫訓練
 - ・ パーソナル・コンストラクト療法
 - ・ 認知的評価療法
 - ・ 認知行動的催眠療法
 - ・ 認知再構成法
 - ・ e t c .

【図表 2-1-29】

認知行動療法には、いろいろな技法がありますが、核となるものはこの三つです。

まず、セルフモニタリング(自己観察)ですね。自分にはどういう癖があるかといったものです。

次に、それに対する対処スキルをどうやって身につけていくかです。

最後に、偏った考え方の不合理に気づいて、より適切な考え方を身につけていくということが核となるものです。

難しい話ではなくて、日本では実は昔から生活の中でこういうことをやっていて、日常の中でも根付いているのではないかと思います。

認知行動療法の核となるもの

- ①セルフモニタリング (自己観察)
- ②対処スキルの獲得
- ③偏った考え方の不合理性に気づき、
適応的な考え方を身につけていく
⇒より快適な生活へ

※即効性はありませんが、思考のパターンを変化させていくトレーニングになります！
※いろんな場合に使えます。
※症状がとても重い時期には医師の判断により、勧められない場合があります。

SST²⁵について簡単に説明します。

【図表 2-1-30】

SSTとは「Social Skills Training」の略で、「社会生活技能訓練」や「生活技能訓練」などと呼ばれています。SSTは認知行動療法の1つに位置づけられる治療方法で、対人関係を中心とする社会生活技能のほか、服薬自己管理・症状自己管理などの疾病の自己管理技能、身辺自立(ADL)に関わる日常生活技能を高める方法が開発されています。

1994年4月には「入院生活技能訓練療法」として診療報酬にも組み込まれました。

現在では、医療機関や各種の障がい者福祉サービス提供事業所、矯正施設など多くの施設で実践されています。精神障がいをもつ人たちの自己対処能力を高め(エンパワメント)、自立を支援するために、この方法が広く活用されることが期待されています。

その特徴はまず一番として、具体的な自分の困りごとを課題としてあげます。

「飲み会の断り方どうしようか」とか、「新聞の勧誘が来た時にどうしようか」とか、そういった身近にあるものを課題に挙げるのが特徴です。

それを実際に仲間と一緒にやってみて、その対処法を練習したりします。

自分一人ではなかなかできないけれども、「じゃああなたならどうする?」とか、「こんな方法ではどうだろう?」とか、いろいろな方法を考えたり、提案したり、相談をする。あるいは「うまく行った」「良かった」人のやり方を、みんなで集まって実際にロールプレイ²⁶をやって、まねをして練習をします。

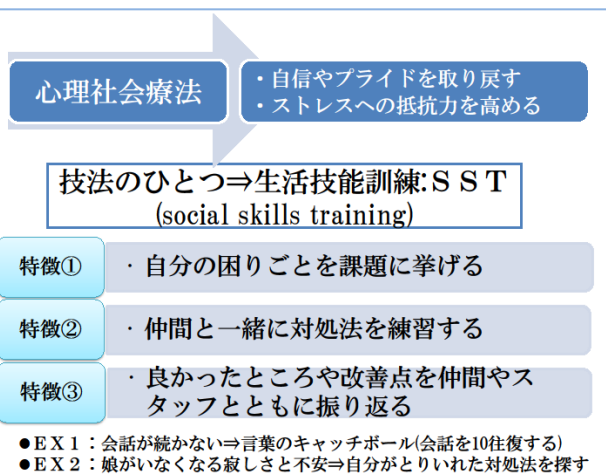
みなさんに意見を貰って、振り返りをしつつ自分のものにしていく。この三つのステップを通してやっていきます。

【図表 2-1-31】

いくつかポイントとしてあげてありますけれども、まず普段と違った見方をしようというのは必要です。何も困ってないと開き直られても何も始まらないです。

一回ではうまくいきませんので、毎日コツコツと、粘っていくというのが必要です。

急性期は薬物療法がメインで、エネルギーがすごく低くなっている場合には向いていませんが、消耗期の後半から徐々に取り入れていきます。



SSTを含めた認知行動療法のうまいポイント

- ・「普段と違った見方をしよう」という意欲
→「私の何が悪いのよ」と開き直らない
- ・「毎日こつこつ続けよう」という粘り
→「片寄ったくせを治すトレーニング」
→「出来っこない」と決めつけない
- ・ワークを行えるエネルギー
→急性期や重症のうつ病の人には不向き
- ・改善したい具体的な問題がある
→決して「性格を直す」のではない。
- ・わからなくても、失敗してもよくよしない
→「わかる所まで」「なぜ失敗したかを考え直す」のが大切
- ・マイナス思考を消そうとしない
→決して「プラス思考」の治療法ではない
→問題は「マイナス思考しか出来ない」事

²⁵ ①SST普及協会ホームページ(国立精神・神経医療研究センター内) <http://www.jasst.net/>

②SSTについて、わかりやすく解説したサイトです。: <http://www.schizophrenia-w.com/sst.html>

²⁶ ロール・プレイング(英 role playing または roleplaying) の略語でロープレなどともいう。日本語では役割り演技(やくわりえんぎ)という。現実にかかる場面を想定して、複数の人がそれぞれ役を演じ、疑似体験を通じて、ある事柄が実際に起こったときに適切に対応できるようにする学習方法の一つである。

【図表 2-1-32】

SSTは、あくまでも改善したい具体的な問題に対して行います。わからなくても失敗してもくよくよししない。こつこつわかるところまで、なぜ失敗したかを考え直して粘っていくのが大事です。

マイナス思考を全部消そうというのが狙いではありません。問題としてはマイナス思考しできない事への対処で、マイナス思考をゼロにするということではないのがポイントです。

誤解をしてほしくないポイントとしては、決して性格を直すものではないということです。

SSTを含めた認知行動療法の うまくいくポイント（誤解してほしくないこと）

- 改善したい具体的な問題がある
→決して「性格を直す」のではない。
- わからなくても、失敗してもくよくよししない
→「わかる所まで」「なぜ失敗したかを考え直す」の大切
- マイナス思考を消そうとしない
→決して「プラス思考」の治療法ではない
→問題は「マイナス思考しか出来ない」事

【図表 2-1-33】

お勧めの書籍

- 統合失調症の治療について
統合失調症治療ガイドライン（専門的）
- 薬の副作用がよくわかるもの
抗精神病薬の「身体副作用」がわかる
The Third Disease /医学書院
- 精神保健医学福祉一般
『こころの元気+』（一般的）コンボ/地域精神保健福祉機構
- こころが晴れるノート（大野裕著）／創元社
- いやな気分よさようなら（バーンズ著）／星和書店
- わかりやすい生活技能訓練 /金剛出版
- 精神科リハビリテーションワークブック /中央法規

第2章 精神障がい者の地域生活支援とケアマネジメント

横浜市総合保健医療センター 伊藤 未知代

1. はじめに

障がい者の生活支援にかかるケアマネジメントは、職員は無論ですが、利用者と一緒に地域のあちこちに出かけて動き回る、すなわちフットワークの良さが大事です。それと同等に、個別支援会議等で議論や情報の共有をし、自分自身の支援方法や、支援内容を記録として文字におとす事に時間を多く費やします。何故なら、他者と支援を共有するには、自分の頭の中で整理記録し、情報を他者と共有しなければ、よりよい支援に繋がらないと実感しています。そのために必要なツールの一つがパソコンとそのスキルです。



【図表 2-2-1】

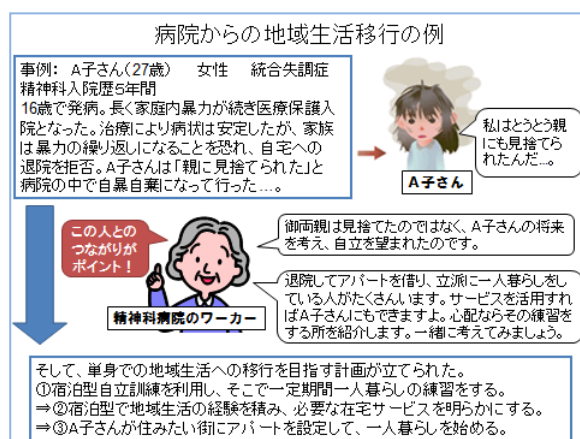
2. 地域生活支援導入期のポイント

このテキストでは、これまでの経験の中でいくつかのポイントを盛り込んだ架空の事例を通して、精神障がい者地域移行支援(以下「地域移行支援」という。)において、どのようにケアマネジメント手法が使われているかをお伝えします。

この A 子さんという方は、10 代で発病し、入退院を繰り返し、家族が支えきれなくなったという設定です。家族は、「また退院して自宅に引き取っても家庭内暴力の繰り返しになるから、自宅への退院は受け入れられないです」と頻回の入退院で長期入院となる典型的な事例にしました。

まず、最初に病院相談室の精神保健福祉士から「地域移行支援のために福祉サービスを利用したいので体験利用をしたい」とのご相談が入りました。そこで、「最初の面談時に、A 子さんのご家族の同席と、病院で提供できる情報及び保険証を持ってきてください」とお願いしました。ところが、家族が元住んでいた家を引き払い、本人が病院から逃げて帰ってこられないように本人に住所を知らせていないので、保険証を見られたくないというのです。ご家族の退院への不安感がとても大きい状況の中で始まりました。

20 代後半とまだ若い方ですが、今回の入院は 5 年でも、過去何度も入退院を繰り返してきた方です。入院中は精神科病院の精神保健福祉士さんが中心になって関わっていました。ここに至るまでも大変だったと想像できました。入院中はこの精神保健福祉士さんとのつながりを中心にして、「親に捨てられたのではない、親はあなたの自立を望まれたんですよ」ということを、愛情をこめて A 子さんに伝えてくださり、そして「サービスを活用して退院している人、立派に一人暮らしできている人がいるから、その練習をするところを紹介しますよ」と紹介してくださいました。



長期入院の方は、基本的には一定期間病院以外の場所に住んで地域生活の経験を積まないと、在宅支援サービスとしてどんなサービスが必要かわからないために不安なのです。まずはその不安を取り除く。実際に「A 子さんが住みたいという町にアパートを捜して、一人暮らしを始める」ということを目標に支援が始まりました。

【図表 2-2-2】

退院する前に体験すること、入院中にある程度課題を整理して本人や家族や支援者がこれに向かって一歩踏み出そうという決心できるまでがとても大事だと思っています。

ところが、制度欠陥のために、入院中は、自立支援法のサービスが使えないのです。横浜市では制度欠陥を補うために、宿泊型と同等のサービスを単独事業で提供しています。入院中からも福祉サービスが利用できることは、とても重要なことです。全国どこでもこの福祉サービスが利用できるように、早く制度改正を望みます。

A 子さんは入院中に、外泊という形で体験利用をした際に、何があったというわけではないのですが、不安が高じて、突然あたりにあるものを投げつけて、泣いて、なじみの病院のナースステーションに電話をかけて、看護師さんにタクシーで迎えに来てもらって、手をつないで泣きながら帰ってもらったということが起こりました。

こうした突然の出来事が起こったときには、すぐにどのように対応するかカンファレンスを開きます。もちろん、スタッフの意見は様々です。

【図表 2-2-3】

よくある事です、ご本人はパニックを起こしワッと騒ぎになったとしても、病院に帰ると翌日ケロッと、ある意味一日で落ち着いているということがあります。そして、「もう大丈夫。早く退院したい。」と周りを振り回します。

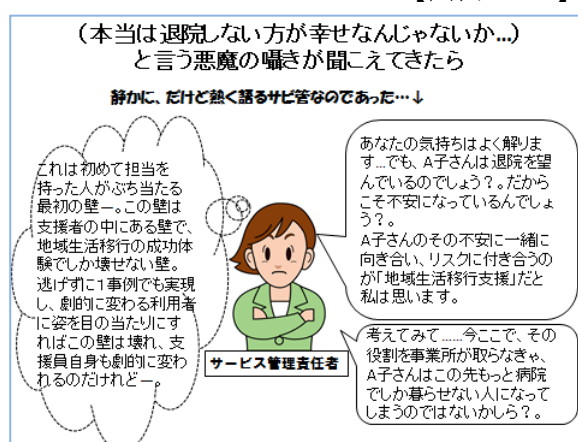
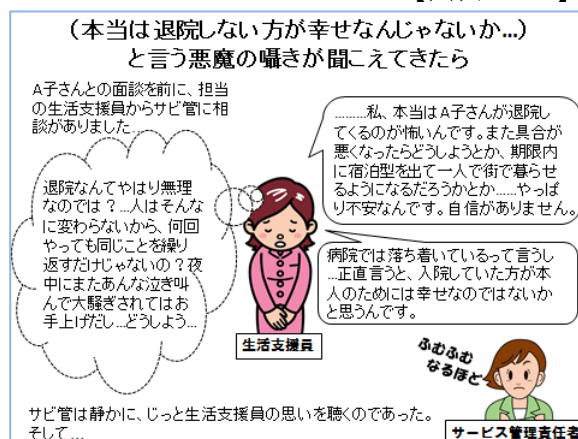
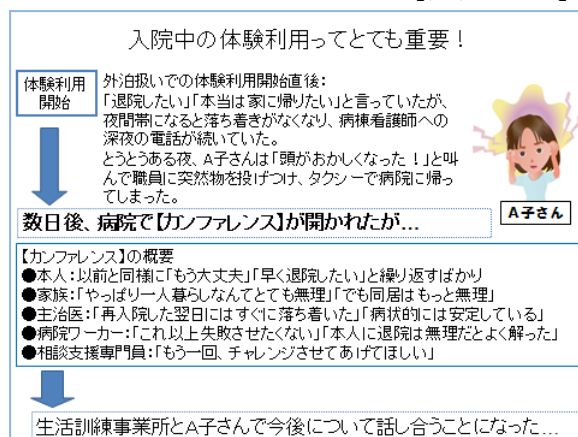
しかし関係者は「やっぱり無理なのかな」とか、「これ以上彼女を傷つけない、失敗させたくない」というようないろんな意見がでます。

事業所内での意見を持って、病院のスタッフとも再度話し合います。

【図表 2-2-4】

その話し合いでは、今でこそ堂々と言う人は少なくなりましたが、支援者の心の中に「本当は退院しない方が幸せなんじゃないだろうか」とか、「厚労省がベッドを削減すると言っているから追い出されてかわいそう」とか、心の中で思いながら地域移行をしている人って結構いるのではないかと日ごろのやり取りの中で感じます。

でも私はこれは『悪魔のささやき』なんだと思います。それって罪悪感なく目の前のこの方をあきら



める、地域移行しないで済ませるという『悪魔のささやき』は、他者に責任を転嫁し自分が楽になれるので疎のささやきに耳を傾けてしまいます。スムーズにいくのだったらなにもこんなに日本中で「地域移行は難しい」と、言われるわけがないのです。だからこそ、『悪魔のささやき』には、耳を貸さないでください。

「どうやって支えていけるのか。ご本人にも成功体験してもらえるのかということが私たちの本当の仕事なんですよ」ということを私も思っていますし、職員にもそう伝えています。

でも、それが家族ではできないのですよね。家族は今まで長い間悪戦苦闘して、何回も何回も同じようなことを繰り返してきてもうへとへとになっているし、どうしたらいいかわからない。だから専門職に関わるんだということを忘れずにいたいと思っています。

もう一つのポイントは、量は質に転化するということです。最初は一人ひとりが、すごく難しい特別な事例のように思えます。しかしできるだけ多くの人を地域移行支援の経験を重ねることで、地域移行支援に関わる関係者が、『誰でもきちんとステップを踏めば地域で暮らせるようになるのが当たり前なんだ』と考えるようになります。

異動してきたばかりの職員とか新規採用の職員というのは、最初のころは『悪魔のささやき』が聞こえているようですが、一人でも最初から最後まで、苦労しながら「あんなに大変だった人もこんな風に暮らせるようになるんだ」ということを自分自身が経験すると、職員はそれ以後大きく変わります。たとえ『悪魔のささやき』が聞こえる職員がいても、「ああ、まただな」と思って、早く一人でもいいから経験してほしいなと思い、職員の辛い苦しい気持ちを「ふむふむ」と聞いています。

地域移行支援をやっていると、ある日利用者さんも劇的に顔の表情とか変わりますが、それによって鏡のように職員が自信をつけて、次に難しそうだなという人が来ても、不安がらずにその職員自身が、利用者の方に「やっていけば大丈夫だから、一步一步やっていきましょうよ」と自信を持って言えるのです。

3. 支援の見直しのポイント

【図表 2-2-5】

すなわち、逃げずに一人ずつ確実に前に進むためにいろんな抜け道、支援方法を作りながら進んでいくことが大事だと思っています。でも、ただ突き進めばいいというわけでもありませんので、「こういうことが起こった」「もう一度やってみるといふのなら、じゃあ具体的なこういう方面でやってみよう」「ああいう工夫をしてみませんか」ということを、カンファレンスなどで具体的な支援計画を立てて次のプランに進むという風になっています。

やり直す時は、具体的な支援計画を立てる

下記のお話は、自分の体験を通して学んだ利用者の心の揺らぎとそれに対する支援方法を、後輩に伝えていきます(助言・指導)。

サービス管理責任者

生活支援員

A子さんは、退院したい気持ちと、退院する不安が混同しているんですね。「移行期外傷」とか「初期抵抗」と言うのですが、長く入院をしている場合に良くある反応なんです。5年も入院していたら、環境が大きく変わっているでしょう。A子さんの退院したいという気持ちは変わらないのだから、不安をうまく乗り越える具体的な方法を提示しましょう。例えば、

①不安が生じたら、まず生活訓練の職員に自分の気持ちを話す(心理面)
②不安が強くて辛い時には、処方された頓服を服用する(医療面)
とA子さんに提案し、再度、支援方法を見直してみてもどう?

そして、実は、もっと大事なことはね……

そして、迷った時こそ利用者中心の原則です。

専門家や支援者の目から見てどうなのかということで決めがちですが、この入院治療が延々と続くというのは日本だけの異常な状態で、医学的な根拠はまったくないのです。基本的に地域で暮らすのは当たり前なのだから、専門家がこの人は無理だというのは的外れな議論で、それに向けて考えを正していくということです。

ケアマネジメントという手法を使うことによって、チームで支援をするのですから、担当した職員
の力量で大きな違いが無くなるというものも、重要なポイントです。

個別で対応することと同時に、生活上に生じた課題を、みんなで話し合って、ご本人の成長につながる形でどう乗り越えていくかということが生活支援だと思っています。これを生活技能訓練(SST)²⁷と言います。

地域生活支援

どうやって権利を守る?

エンパワメント出来る?

相談できる人はいらる?

生活支援員

就労は? 日中活動は?

相談支援専門員(ケア会議運営)

サービス管理責任者

近所とのトラブルは? SOSは誰に発信する?

この方にとって大切なことは何?

自分でできることは何?

自分のペースで暮らせて?

9

②SSTについて、わかりやすく解説したサイトです。: <http://www.schizophrenia-w.com/sst.html>

5. 連携のポイント

チームで支援する際には、連携が重要と言いますが、連携が難しいとよく言われます。

連携というのは実は助けてもらうことなのです。人に助けを頼む時には、自分が出来ることと、出来ないことを明らかにして、出来ないことを他の人にお願いすることなのです。

新人の職員に言っているのは、自分が未熟だからなんて思わずに、「これができない」と声を出してみなさいと言っています。

「あなたが全て解決する必要は全くないけれども、行政や医療と我々支援チームみんなでいろんな部分を担ってやっているのだから、困ったら黙っていないで、そのチームに必ず発信をしてください。」と言っています。そうすることで新人の職員であろうとベテランの職員であろうと、支援の質にあまり差が出なくなるという仕組みでもあります。

私は学生時代にバレーボールをやっていました。チームプレイやチームワークが勝敗を左右します。とにかく言われたのは、どの監督も「声を出せ」と言われるんですね。自分がとれるボールは「取る」というし、取れないボールは「任せた」と言う。そうしないと間にボールが落ちてしまうのです。「取るなら取る、取れないなら取れない、まかせるならまかせる」ということを「大きな声で言う」。ただ、声を出さないで黙って見送るというのは間違いです。「取れないなら取れない」って言えば、誰かが「貴方が取れないなら私が。」ということでスッと手を出せます。「利用者にとってはそれが一番いいのだから、声を出しなさい」と職員に話しています。

6. 医療との連携のコツ

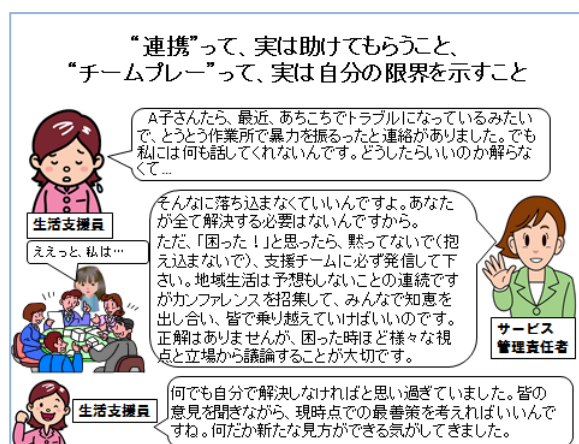
さて、医療との連携は地域生活支援をしている福祉サービス提供者は苦手だとお聞きすることがあります。そこで、医療と連携する為のちょっとしたコツをお話しします。

すごく当たり前のことですが、まずは精神科病院の相談室のワーカー(精神保健福祉士等)とコンタクトを取り仲良くなることです。体験利用中だけではなく、退院して地域に出て暮らし始めても、やっぱり症状の動きや、これが精神症状なのか心理的な反応なのか、最初は利用者の状況がなかなか分かりにくいのです。書面では見えない細々としたことを相談室の精神保健福祉士さんや、相談員とにかく伝えて情報を貰うことです。

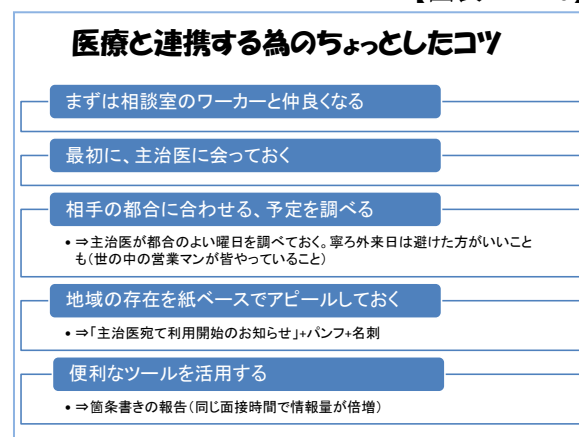
よく主治医との連携が難しいとか、お医者さんに連絡したらすげなく切られてしまったという話を聞くんですけども、まずは相談室のワーカーと手をつなぐことです。

次に、支援が始まった最初の時に主治医に会っておくことも大事だと思います。電話だけではどん

【図表 2-2-9】



【図表 2-2-10】



な主治医かわからないですが、ご本人の受診に同席をして、例えば「通所先で地域に移行したばかりですが、日中活動で関わっている者です。何かご相談したいことがあったら来るのでよろしく」と言って、名刺とかを渡しておく、「ぜひ来てください」となりやすいです。

また、医者との連携のお話をする「電話をガチャンと切られたことがあって、もう二度と医者になんか電話しない」と聞いたことがあります。でも、相手の都合に合わせるとか、相手のスケジュールを知って連絡するなどの配慮をしているのかなと思います。

主治医とは、ご本人の最近の生活状況を整理して、「いつもと雰囲気が変わり症状が出ている気がします。本人は薬が変わったと話されますが、書類では変わっていませんがどうでしょうか。」などと、いろいろな場面で連絡を頻繁にとります。

多くの医者は多忙です。例えば外来日には 150 人くらい患者さんの診察があり、手裏剣外来と言われていますが、パパパパッと自動的に診察しているという悲しい現実もあります。その外来日に電話をかければ、やっぱりイライラさせてしまいます。だからむしろ外来日は避けて、例えばその先生が「水曜日の午後は病棟担当だから時間とれると」か、もしくは「その日なら電話だけでなく直接面談もできるよ」という先生もあります。

なんでそこまで医者にへりくだらなければならないのかと言う人もありますが、世の中の営業マンはやっていることです。利用者の利益を考えれば、主治医の都合のいい時間帯に伺ってお話することです。それには、主治医の勤務先病院のシフトであるとか、非常勤なのか常勤なのかとか、外来日はいつなのかとかいうのを事前に調べておけば、本当にいざ具合が悪い、大変だという時に役に立ちます。

主治医だって、たくさんの患者さんを診察していますから、支援のことを忘れてしまうことだってあります。お会いした都度、名刺とパンフレットを渡して、通所先の職員なのか、泊まっているところの職員なのかというのを、その時に紙ベースで渡しておく、必ずカルテに挟む、あるいはカルテに記録し、この人にこういう人が関わっていたことを、カルテを見た時に思い出すのです。個別支援計画に変更が生じた時、あるいは何か新しいサービスを使う時は、主治医宛に 5W1H²⁸(どのサービスをどの頻度でどの事業所が使うのか、何時までかなど)を記載して、利用開始をお知らせすれば、カルテに記載されるし、後の連携をお願いしやすくなります。

また、一定の時間で要領よく情報を伝える習慣が重要です。医者でも精神保健福祉士でも相手の話を要領よくまとめて要点を整理するのは結構大変なのです。しかし、要点をまとめた箇条書き程度のメモを渡して、「先生こういうことがありました」と伝えれば、そのメモをパッと読んでそれでわからないことを確認すれば、同じ時間でも情報量が倍増で、非常にスムーズに行えます。こうして連携すると、「あそことやり取りするといいい情報がもらえる」となるし、こちらとしても伝えるべき情報を伝え、必要な意見がもらえます。細かいようですが、このような工夫をしながらやります。

7. 対人援助の際の支援者としての基本とコツ

次に、対人支援の際に私が経験したコツです。

① 対人援助の際の距離感

基本的には物理的にも心理的にも近づきすぎないということです。精神障がいの特徴として、

²⁸ Who（誰が） What（何を） When（いつ） Where（どこで） Why（どうして） How（どのように）

対人的な距離が保ちにくいということがあります。

そのためにぐっと近づいてきたと思ったら、無視されたとか意地悪されたとかいう風になることがあるので、相手側は近づきすぎているなとか、遠いなと思っても、支援者の方が一定の距離で付き合っていくということが大事だと思います。実際の現場では淡々としていて、対人的な距離があって、そんなに感情が顔に出ない人の方がうまくやっていけるということがあります。

逆に元気いっぱい、裏も表もありませんという人がオールマイティにどんな利用者ともうまくやれるというのは経験的にはないかなと思います。

② 言葉使い

そして、これは当たり前のことですが、自分より年齢が上でも下でも、男性でも女性でも、自分にすごく信頼を寄せてくれている利用者でもそうでもない利用者でも、同じ言葉使いで接していく。必ず利用者さんは他の人とどんなふうにつき合っているか見ているので、同じ言葉使い、同じ態度で接することが、全体的な信頼を得るための大事なことだと思います。

③ 支援者自身の感情把握

支援者自身が「この人と話していると気持ちがそわそわする」とか、「この人と話しているとなんかイライラする」とか、「この人ってなんかいつも人のせいにするんだよね」とか、自分自身の気持ちを把握する習慣をつけておくことも重要です。これを怠ると、上からの言葉とか、利用者責めるような言葉を無意識に発していることが多いので、まずは自分自身の感情を把握して、それを分かった上でそれなりにコントロールして付き合っていくということが大事だと思います。

④ 「聴く」ということ「伝える」ということ

精神症状の訴えや被害妄想の訴えについては、症状を理解し良く知った上で、相手に「辛いんですね。」「大変でしたね。」と言葉で伝えることが重要です。日本語には以心伝心というものがありますが、精神障がいの方は認知の障がいがある場合が多く、言葉にして伝えないと自分が理解されているという実感をなかなか持ちにくい方が多いです。相手の話した言葉を受け取って、そしてその言葉を活用して、「〇〇〇で辛いんですね。」「△△△のようにどうしても思ってしまうということなんですね」というような、丁寧な言葉がけが必要だと思います。

伝えるということの一つに、直面化²⁹を用いることがあります。直面化する前というのは必ず相手の存在とか努力を認めてからやらないと、直面化の意味をなさないということがよくあります。ご本人が気付いていることが多いので、本人にとって受け入れがたい事実を本人の意見を聞いて、今の状況で本人がつらくなっていることを理解した上で、「いろいろ努力したけれどもこうなっていると私は思います。」とご本人にお伝えして、本人が受け入れがたいことをポンと言わず

²⁹直面化は臨床心理学の用語でコンフロンテーション(confrontation)の日本語訳。直面化技法という意味で、利用者の不一致、矛盾、葛藤を指摘し、利用者により自己の内的な問題を気づかせるとともに、内的な統合を援助する技法である。誰しも他人に自己の心の不一致、矛盾、葛藤の部分に触れられるのは不愉快で苦痛なものである。そのために、人は他人の指摘を真っ向から否定したり、不躰な指摘を行う人物を回避するなどの自己防衛の手段を講じる。したがって、支援者が利用者により自己の弱い部分や暗い部分に直面するように促すには、用意周到でなければならない。少なくとも、支援者は、利用者の目標への動機づけを高め、二人の間に安定した信頼関係をつくりあげ、利用者の考え方や気持ちを明確にする作業を続けたのちに、ようやく直面化技法を用いることができる。支援者が直面化技法を習得するにはロールプレイが有効。

に、ご自身で向き合うことを支えることがコツかなと思います。

⑤ 利用者の自己決定の原則

精神障がい者の分野で始まり、今では障がいの有無に関わらず非常に大事なことの一つに自己決定の原則があります。当事者が自分で決めたことを自分で実行する。誰かに言われたこととか、こうした方がいいと言われたことをやるのは、良い結果に結びつかないのです。

自分がどうしたいのか、自分がどうするのかを自分で決めて自分で実行するというのを、支援者は肝に銘じておく必要があります。

⑥ 嘘をつかない

嘘はつかないことです。ちょっとした小細工やちょっとした嘘は後で必ず行き詰るので、それはどんなときでも、嘘は言うとは絶対倍になって、後で取り返しのつかないことになります。とにかく嘘はつかないでねと職員に伝えます。本人にとって都合の悪いことを言わないという事は場合によってはありますが、事実であれば多少本人にとって嫌なことであっても話します。

⑦ 安易に謝らない

安易に謝らないことも、支援者のスキルです。生活上のトラブルがあると、言った覚えがないこととか、思いもしないことで詰め寄られる場面も、症状によってはあるかもしれません。

考え方はいろいろあると思いますが、その時に安易に謝らないということは、私は大事だと思っています。ご本人はやり場がなくて詰め寄っている時に、「お前俺のことバカって言っただろうが。」とか言ったとしても、そこで「ごめんなさい」とか言ってしまうと、やっぱり本当に言ったんだということになります。いろんな不満がさらにエスカレートすることにもつながります。

本当に利用者の封書を間違えてあけてしまったとか、名前を呼び間違えたとかと言う場合は、きちんと謝りますが、それ以外の身に覚えのないこととか、相手が何か思い込んでしまったとか、不安になって言い募っているという時は、安易に謝らないことです。いえ、安易に謝るべきではないと私は職員に言っています。

中年の男性利用者の方が、面談の最中に、「職員が通りがかりにこう言った、ああ言った」と訴えられ、私に「上司だから謝れ」とか、「その職員を退職させろ」とかいろいろ言ってきました。その方には、「そういうことを言ったのか確認します」と伝え、職員に聞いて、「すれ違っただけで全く身に覚えがない」という確認をした上で、事実を伝え私は謝らないし、「説明は続けます」と謝りませんでした。症状も落ちついた今では、非常にいい関係で、「伊藤さん、いつか又来るからね」と言ってくれています。

ご本人が怒りの頂点にある時でも、淡々と、でも毅然とした態度ということこそが最終的には長期的に信頼を得ると思っています。

8. ケアマネジメントとは

【図表 2-2-11】

アメリカは医療費と福祉のサービスが一体的に提供されています。低所得者層では「メディケア、メディケイド」呼ばれ日本の生活保護に近いです。

脱施設化して地域ケアをするには、必要なサービスを提供しつつ、サービスの重複を避けるための調整、すなわちケアマネジメントが必要となり、精神障がい者の脱施設化の中で生まれた手法です。

また、大多数の所得のある人は、民間の医療保険ですので、保険会社としては無駄をなくし、最小限のサービスで抑えたいわけです。まさに費用対効果を見極めた支援を提供するための手法です。

ケアマネジメントとは

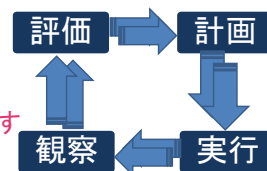
- 元々は精神障害者の脱施設化で生れた
- サービスの重複を避けつつ調整を図る⇒医療費の抑制を目指すアメリカの医療保険制度の影響で急速に発展
「保障のモレモレと保険のムダムダ」
- とは言え、障害者が地域で暮らし続けるには必須の支援手法・支援技術
- 現在では福祉の哲学へと発展的に展開

【図表 2-2-12】

ケアマネジメントとは、基本的には重複を避けつつ調整を図る。このことで最小限の労力とか資力で最善のサービスを提供するという結果を目指したものです。障がい者が施設とか病院とかの中で、集団処遇で暮らすのではなくて、地域で、普通の町で暮らし続けるためには必須の支援技術、支援手法です。日本では高齢者の介護保険で最初に導入されましたし、福祉のある意味哲学として、発展しています。いろんなところでお話があると思いますが、私が思うのは、計画→実行→観察→評価、その繰り返しです。

なぜケアマネジメント！？

- 計画⇒実行⇒観察⇒評価⇒計画をらせん状に繰り返しながら、時機に対応していくプロセス
- 本来的に、
- 変化に柔軟
 - 応用可能
 - 時間経過を見越す
- ⇒地域生活を支える必須の手法



【図表 2-2-13】

そしてまた計画の立て直しということですが、特徴としてはらせん状に繰り返していくのです。同じところをぐるぐる回るんじゃなくて、支援の経過や、何かの変化によって、常に同じプロセスのようですが、前に進んでいくので、基本的に変化に柔軟でいろんな物事の事態の変化に応用が可能です。そして時間がたてば何かが変わるだろうということを見越しているのです、そういう意味で地域生活を支えるのに必須の手法だと思っています。人が暮らしていくうえで必要な、医療面、就労面、生活面それぞれ全部が絡み合っていて、影響し合っているのです、どれも無視をしないでいろんなバランスを考えながら、ケアマネジメントでうまく歯車がかみ合うように支援していくということが大事だと思います。

医療・生活・就労の「トライアングル支援」を



- 「医療」は症状を抑えるが、発病によって失った人生の希望を取り戻せない...
- 「生活支援」は生活障害を支えるが、精神症状の辛さは抑えられぬ...
- 「就労」は尊厳を取り戻し自立を促進するが、症状と生活維持のコントロールが必要になる...

9. 個別支援計画立て方のコツ

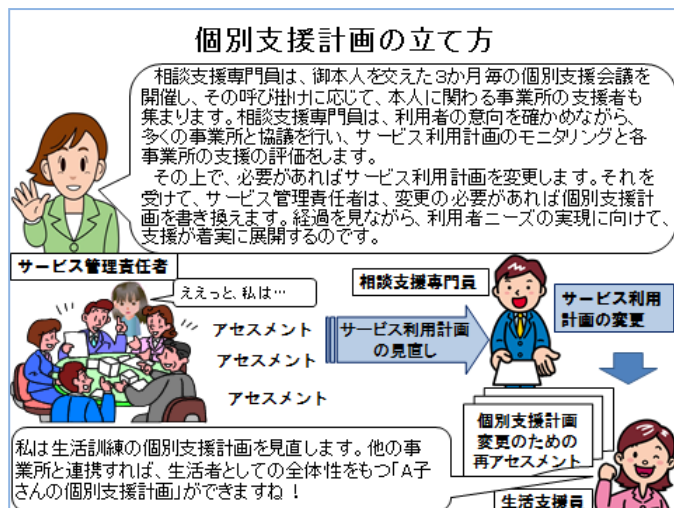
【図表 2-2-14】

右の図は、個別支援計画の立て方です。

相談支援専門員が立てたサービス利用計画に沿って、ご本人を含めた支援会議開催後に、個別支援計画のためのアセスメントを行います。

個別支援計画(案)を作成したらご本人の承諾を得て、再度関係者で個別支援会議を開催し、ご本人の役割、それぞれの関係者の果たすべき役割をお互いが知り合った上で、実際の支援に入ります。

ケアマネジメントの手法を導入しながら、みんなで知恵を出し合って一面的ではない、できるだけ立体的な違う目を見た人のいろんな意見、ご本人を中心としているいろんな意見の中での計画を立てていくということが大事だと思います。



【図表 2-2-15】

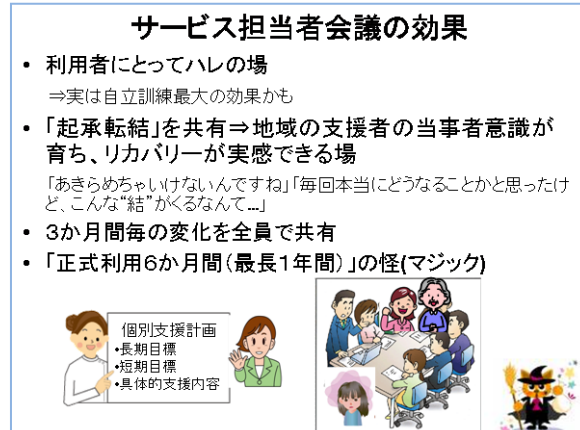
サービス担当者会議は、右図のような部屋で行います。中心に利用者が座り、その左右に家族やキーパーソン等が座ります。

そして、パソコンとプロジェクターを用いて、ご本人が言った言葉を、「〇〇という意味ですか。今お話しされたことはこれで良いですか」とほとんど逐語で記録をしていきます。そして記録をしたものをプロジェクターで映していきます。

会議は3か月ごとに、本人を交えた関係者11～12人ほどで行います。あくまでも、ご本人の今後の希望と目標を中心に据え、これまで利用したサービスの評価を行い、目標を実現するためにはどうしたらいいのか、それぞれの役割は何か、今期3か月の結果を踏まえ、次の3か月の5W1H³⁰(誰がどういう手立てで、どのような順番でやっていくのか、何時までかなど)を確認し、参加者それぞれが手帳をめくりながら、スケジュールを決めてやります。

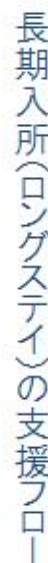
【図表 2-2-16】

こうした会議ができる場所を確保しておくことは重要なポイントです。地域の公民館や、区役所、病院の外来、病院を使ったり、関係者の事務所を持ちまわったりの工夫が必要となります。会議の場所は、相談支援専門員と綿密に打ち合わせておきましょう。サービス担当者会議の効果としては、利用者としては晴れ場で、自分が主役となると同時に人生の責任者は自分だとわかり、自立訓練最大の効果かもしれないと思っています。



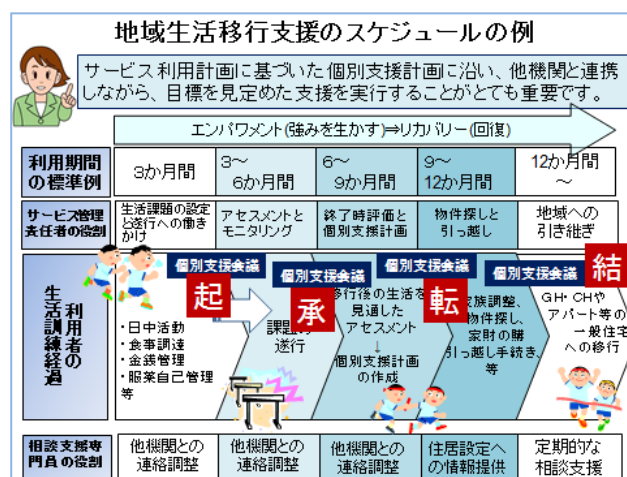
³⁰ Who (誰が) What (何を) When (いつ) Where (どこで) Why (どうして) How (どのように)

このようにどんな方でも会議が定期的に入ってくるということを指しています。



右図は標準的なスケジュールの例です。

3 か月ごとの支援の共有がこの会議を通してできます。それぞれ病院でもご本人の様子を見ているし、通所先でも見ていますが、起承転結を共有することで、そういえばこの人こういうことをやってきたんだ、進んでいるねということが改めて実感できます。ベテランの精神保健福祉士さんこそが、「やっぱりあきらめちゃいけないということを知った」とか、「毎回本当にどうなることかと思ったけれども、本当に起承転結で最後に結が来るんですね。」という風に言ってくれています。



正式利用期間は 6 か月で、必要がある場合のみ最長一年までというシステムです。短いと言われたり、「軽い方だけやっているんでしょ」と言われたりしますが、基本的に申し込みがあった方全員、順番に利用していただいています。利用している方は、最初は短いと感じていても、社会参加やスポーツや仕事など様々社会経験を積み、6 か月を迎えるころには、「激動の 6 か月だったが、これで十分」と言う方が多いです。

【図表 2-2-19】

◆精神障害者支援の特徴

社会生活を困難にするのは認知機能障害だけではない。
思春期・青年期に発症し、長期の入院や長い引きこもり生活等で社会から長く隔絶した生活を送り、人格形成上重要な社会経験を経てこなかった方が多い。

日々の生活の中で、成長したりできるようになっていとしても、やっぱり言われないとわからないというところはあると思います。病気になってからみんなから説き伏せられることはあっても、自分の意見をみんなに聞いてもらって、「ああそう

◆精神障害者支援の特徴

社会生活を困難にするのは認知機能障害だけではない。
思春期・青年期に発症し、長期の入院や長い引きこもり生活等で社会から長く隔絶した生活を送り、人格形成上重要な社会経験を経てこなかった方が多い。



3 か月毎にきちんと本人を交えたサービスのプロセス管理やっていくと、「十分私やり切りました」と、ご本人も、退院に反対していたご家族も、支援者も、みんな思うようになってくるのです。同じ一年でもそんなに長くは感じず、最終的には後はこのチームで引き継ぎますという風にケースマネージャーが言ってくれて終わりということになります。

右図は、個別支援会議の状況をパソコンに書き込めば、それが個別支援計画に繋がる仕組みの書式になっています。

地域生活移行はバトンゾーン
次の支援者にバトンをしっかりと渡そう



「俺は頼む！」

「任せろ！」

地域生活移行で重要な視点は、病院や入所施設から踏み出そうとする人が、充実した地域生活が送れるように、その人なりの自立に向けて『**次の支援者につなぐ**』ことです。

そして、逆風が吹いた時こそ『誰でも地域で暮らすことは当たり前なんだ』との信念を持って、利用者のチャレンジする権利を守りましょう。

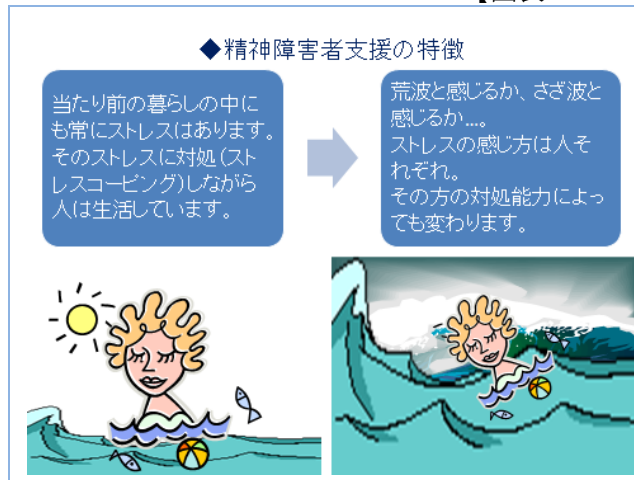


サービス
管理責任者

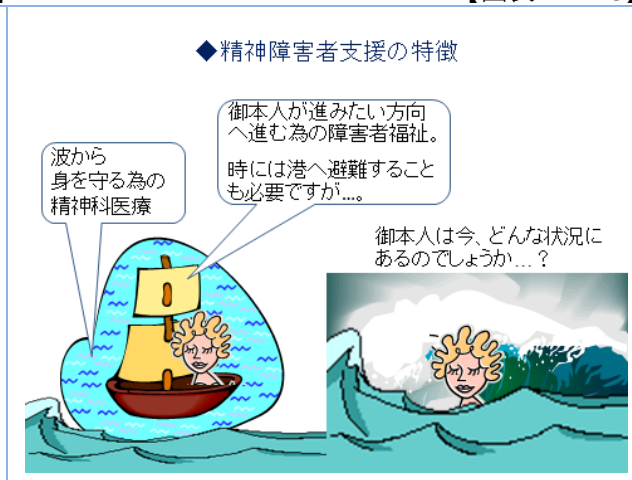
11. 精神障がい者支援のポイント

町の中で生活をしていく中で、同じイベントであっても、荒波と感じるか、さざ波と感じるかというはその人によるので、そこを、本人はどう感じているかというのをよくお話を聞いて、そこを理解しながら支援をしていくのが大事なかなという風に思っています。

【図表 2-2-22】



【図表 2-2-23】

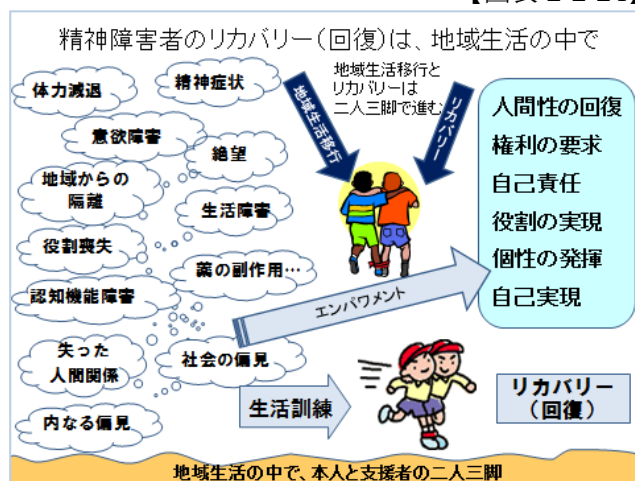


【図表 2-2-24】

精神障がい者の地域生活支援は他の障がいに遅れをとっていましたが、今やっと当事者の回復に役立つ支援に変わりつつあります。

障がいの種別に関わらず、地域生活支援は地域の中で寄り添いながらやることだと、やっと、やっと公然と言われるようになりました。

まだまだ大きな障壁が立ちだかっています。本人と支援者の二人三脚で、ご本人自身の力を引き出し(エンパワメント)、人間らしく生きる人間性の回復(リカバリー)を図るのです。



【図表 2-2-25】

右図では、当事者のリカバリーを一番阻害する存在になっているのが支援者である場合が多いことを示しています。それを意識して関わっていきたいと思っています。

説明の仕方ひとつで、相手の受ける印象は大きく異なります。たとえば、病院に初めて行ったときに、主治医からご本人を目の前に、ご家族に向かって、「とっても重い病気なんですよ。もう、受験も就労も結婚もできないと思ってください。」と言われたという方もいらっしゃいます。これでは、ご本人も御家族も、失望感しかありません。病気を理解してもらおうとか、疾病を受容してもらうために、どのような説明と、今後の展望を示すかがポイントなのです。

◇リカバリーとは？

○リカバリーとは、精神病のような深刻な課題を抱えていても、望む地域で暮らし、学び、働き、社会に参加していく過程である。

○リカバリーとは、個人的で独自の過程であり、その人特有の展望に基づき、しばしば行きつ戻りつする。

→支援者は、しばしば、むしろリカバリーを阻害する存在になりがち。常に意識を！

◆リカバリーを阻害すること

●症状や障害を理由に、希望をあきらめさせられる

例)「大変重い病気です。受験も就労も結婚も、…もう無理と思って下さい」

●自らの疾病について、情報が得られない

例)「何の謝辞もなく薬は一生飲み続けなければならないと言われて一生治らないのだと絶望した」

●自分が望む地域で暮らせない

例)「～が出来ないから、退院できません」

ある方は、自分の病気なのに、その病気についての説明がなかった。「薬を一生飲みなさい」と言われて、一生治らない病気なんだと絶望した方もいらっしゃいます。

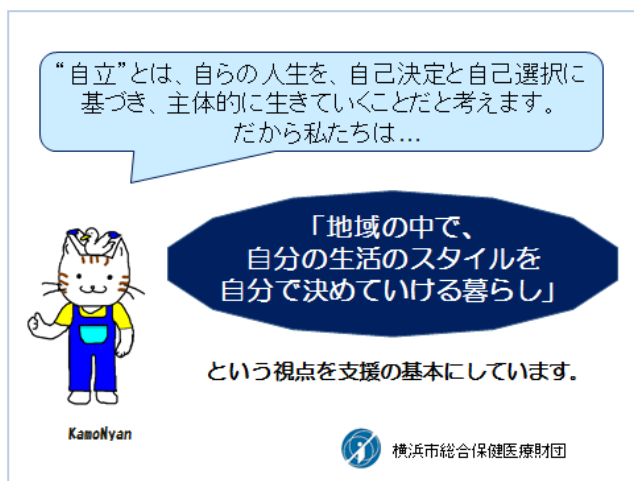
そして、最大のリカバリーの疎外の要因が、「あなたは金銭管理ができないから退院できません」とか、「料理ができないから退院できません」などということであり、それを助長してしまうのが支援者が存在することも事実です。

12. おわりに

地域で暮らすためには、何ができて、どのような支援があれば良いのか。

長い間の病院生活で失ってしまった社会経験を、再び地域の中でとり戻す作業は、ご本人のペースで、地域の中で一緒に探していくほかはありません。

【図表 2-2-26】



第3部 精神障がい者地域生活支援ヒント集—各地の取り組み

第1章 日中活動支援の取り組み：東京都世田谷での実践報告

1. はじめに

社会福祉法人 はる 常務理事 西谷久美子

東京世田谷区で精神障がい者の働く場づくりを運営している「社会福祉法人はる」の活動を報告させていただきます。

私の話は、一つの法人が運営している1事例です。精神障がい者の中でも働きながら自立し、または世帯を持ち、そういう生き方を望んでいる人たちの一つの姿をここから何かつかんでいただけたらと思っています。

世田谷区の特徴ですが、人口84万人。これは日本のいくつかの県よりも人口が多いです。この中に主に精神障がい者の日中の活動支援をしている事業所が27か所あります。これは区市町村の中でもかなり多いと思いますが、その中で就労支援を事業の役割に特化している事業所が五カ所あります。

私たちが運営していますパイ焼き窯は精神障がい者の就労支援を主にしています。世田谷区の中ではいち早く仕事を開始したところですが、これを運営するにあたって、いくつかの仕掛けをしました。

それは、精神障がい者と一言に言っていますが、特徴として個々に非常に様々な症状、いろいろな生き方を持っている方です。その方たちのこれまでの行き場はいわゆる作業所しかありませんでした。作業所は入口はすごく広いです。けれど出口がないのです。多くの作業所が内職や食事作り、またはレクリエーションを実施し、利用者はそこに通い過ごしているのです。

中にはやはり自分は働きながら経済的に自立していきたいんだという方もたくさんいらっしゃった。でもその方たちにとって出口がなかった。

パイ焼き窯はそのニーズに答えたいと生まれたのです。就労支援以外の様々なニーズ、「ゆったり過ごしたい。」「月に数回、気分のいい時だけ来たい」、「所属というものがあるだけで本当に安心する」という方もありました。

そこで、自分たちがどういう人を対象にどのような役割を果たしていくのかを議論した結果、働くための役割に特化した事業所を作り、入口もニーズに合わせて対象化することにしました。

同時にいわゆる居場所的な作業所や相談を得意とする作業所、軽作業をする作業所ときちんと連携をすることで、当法人で果たせないニーズがある場合は、他の作業所を紹介することにしたのです。

利用者が自分の行きたい作業所を選ぶときに、自分がなりたい自分像、将来の自分像に近づけられる。または今の生き方に納得できる。そういう趣旨の行き場所を探そうと、様々な役割をもつ所がネットワークを組みました。それが世田谷の大きな特徴の一つです。

もう一つの特徴は五年前に、自立支援法の誕生をきっかけに、世田谷区84万人を五分割しまして、知的・精神・身体全部の事業所の施設長に呼びかけて、三障がいのネットワークを作りました。

自立支援法は建前上はだれでも事業所を使えることになったのだから、きっと精神のところにも知的障がいを持つ人もいらっしゃるだろう。逆もあるだろう。ですからお互いがよく知りあう。そして自分たちの役割、できることをきちんとお互いに共有することによって、利用者が本当に自分に必要



なところを選べる。こういうシステムを作ろう。それが今、自立支援協議会につながっています。

世田谷区自立支援協議会も、民間の事業所の声を大いに反映できるという、大きな特徴があります。世田谷の中の一つのエリアの現状の社会資源ではその人が自分らしく生きられない。そうした潜在的ニーズをどれだけ見つけ、施策に反映し、できないところはインフォーマルの社会資源を活用しながら、見つけながら、その人のなりたい自分像に近づけていける支援を地域ごとに作り上げようと、自立支援協議会を運営しています。

2. 社会福祉法人はるの紹介

さて、当法人の事業所ですが、働きながらに軸を置きたい精神障がい者の人たちの就労支援の事業所です。パイ焼き窯を作ったのは 1994 (平成 6) 年でした。その前年に障害者基本法において、精神障がい者も理念上は福祉の対象となったのですが、法的に福祉の中に文章で位置付けられたのは 1995 (平成 7) 年の精神保健福祉法です。そして、法的には精神障がい者は福祉の範疇ではなく、医療の範疇だったのです。パイ焼き窯ができた時、東京には無認可の共同作業所がたくさんあり、補助金制度で作業所が運営されていました。

当時の精神障がい者で働きたい人の支援は、ハローワークの一般枠で自分で探すしかありませんでした。つまり、医療の対象者か、またはそうではない二分された状況に置かれていたのです。

その中でパイ焼き窯の位置づけは、中間になるところでした。東京都は家賃補助も含めて、社会復帰施設の地域生活支援センター³¹並みの補助金を出し、かなり恵まれていました。

そのような背景の中で、働く人たちの支援をしていこうと特化していきました。

しかし、当時周りの人たちの多くはこのように言いました。「精神障がい者？あの人たちは無理をすると再発しますよ。また入院になっちゃうんですよ。あなた、なんでそんなに働かせるんですか？働く場所？そんなの作っちゃいけません。刺激が強いです。自分勝手に好きなことやってるだけじゃないですか。」と、白い目で見られる状況でした。

しかし、それとは裏腹に、「働きたい」と利用者は爆発的に増えました。通院をしながら就職をしようと考えても、きちんと支援してくれるところが欲しいと願う人が多かったのです。その方々が、「良くわからないけども、就労支援をしてもらえるらしい。パイ焼き窯に行ってみようか」という声が非常に多くて、わずか一年間で定員の三倍くらい応募がありました。

当法人の事業内容を簡単に申し上げますと、就労移行支援事業が一か所で利用者が 50 名です。B 型事業所では喫茶をやっていますが、ここは 23 人。そして A 型事業所、これは世田谷区で一か所だけですが、26 人が利用されています。その他に、たぶんこれは日本で一つだけだと思いますが、を 8 年前に世田谷区と話し合い精神障がい者の就労支援コーディネーター事業所「しごとねっと」作りました。ここは一年間で約 40 人から 70 人の精神障がい者を就職に結びつけています。

3. 利用者の手記

A 型事業所、「しごとも」というところの、メール便を配っている E さんが、今回ご自分の手記を書いてくれました。ご本人の姿を、ご本人の言葉でご紹介いたします。

³¹ 旧精神保健福祉法第 50 条第 2 号による精神障害者地域生活支援センター。他に、精神障害者生活訓練施設、通所授産施設、福祉ホーム、福祉工場がある。自立支援法施行と旧法は改正され、同時に法第 50 条第 2 号は廃止されたが、経過措置として、2011 (平成 23) 年度末までは、旧法のまま運営が可能。

私は 1966（昭和 41）年 9 月 12 日、父大工、母美容師の両親のもとに長男の一人っ子として産まれました。小学校に入学する前に父と母が別居し、私は母と二人暮らしの母子家庭になりました。小学校は普通に過ごしました。中学校に入学し、時代的には校内暴力が全盛期で、私はぐれてはいませんが、周りは不良学生でいっぱいでした。授業をエスケープしたり、大人のまねをしてタバコをふかしたりもしていました。高校に入学し、私はサーフィンを始めました。仲間数人と電車で海に行っていました。いわゆる電車サーファーでした。自動車のアルバイトやサーフィンを充実した高校生活を送り、卒業後は土木測量の専門学校に入り、プライベートでは下北沢の居酒屋でアルバイトを始めました。専門学校は二年間で、海や学校やアルバイトと、忙しい毎日を送りました。

ここまでは普通の人生を楽しんでいる、ちょっと飛んでる学生ですね。

アルバイトでサーファーのお客様と知り合いになり、電車サーファーを卒業し、先輩の車で千葉の海に行くようになりました。専門学校を卒業し、1 年間フリーターをしました。その間、バリ島にサーフィンに行ったり、夏は与論島のリゾートでアルバイトをしたり、冬は志賀高原スキー場でアルバイトをしたり、やはり充実したフリーター生活を送っていました。そんな中、母が美容院を営んでいるため、私も美容師になろうと思い、美容の専門学校に入学しました。1 年間通い、1989（平成 1）年 4 月、美容院に就職しました。仕事は忙しく、海にはだんだんいなくなりました。1993（平成 5）年 1 月、工作中に発病しました。初めは何かおかしいと思い、急に悪霊に憑りつかれたと思ったり、スタッフやお客様が怖く感じ、自分のうわさや悪口を言っていると思うようになりました。家では盗聴や盗撮をされているのではないかと、盗聴器や隠しカメラを探したりもしました。外ではみんなが自分のことを知っていて、悪口や噂をしているように感じました。

これは道を歩くだけで怖いんですね。すれ違う人が必ず自分をにらむとか、噂をしているという風に、恐怖を感じるんです。

だんだんと落ち着かない気分になり、そしてうつになっていって、悪霊に憑りつかれているという気持ちが強くなっていって、正常な自分と異常な自分の気持ちがあり、異常である自分の気持ちがだんだん強くなりはじめました。母から精神科に行けと言われても、自分はおかしくないといい、病院には行きませんでした。何日かが過ぎ、母と国立病院の精神科に行く決心をし、精密検査をし、結果は脳には異常が見つからず、近所の精神科の病院に通うことにしました。病院に通ってはみたものの、自分ではおかしくないので薬は飲まず、六本木の霊能者のところに足を運びました。霊能者はおはらいをするといい、近所の神社でおはらいをしました。おはらいをしてもらっても悪霊に憑りつかれているという気持ちは変わらず、やっと精神科の薬を飲むことにしました。

薬を飲んでみると、悪霊に憑りつかれているという症状は無くなり、盗聴・盗撮をされているという症状もなくなりましたが、自分の悪口や噂をしているという症状は無くならず、うつ状態が強くなり、テレビでも自分のことを放送していると思ったり、携帯電話で話している人も、何か秘密組織に報告をしていると思ひ込むようになりました。精神科の薬も何度か変わり、うつ状態がひどくなり、リタリンという薬が処方されました。効果は抜群で、強いうつ症状が嘘のように無くなり、その時は抗うつ剤だと思っていました。プライベートでは看護師のFさんと友人の経営しているバーで知り合い、二年後に結婚しました。仕事柄Fさんは病気に理解があり、つかの間の幸せな時を過ごしました。当時やっていた仕事は、友人と同じ会社で働いていましたが、解雇され、その後なかなか職にありつけず、プライベートも行き詰まり、新しく見つけた仕事も長続きせず、経済的にも行き詰まり、離婚となりました。そして、首を切って自殺を図りました。未遂に終わったのですが、精神的にもボロボロで、病院を変え、S先生と知り合いました。これは数年経ったんですが、これまで飲んでいたリタリンという薬は覚せい剤とおなじ成分で危険だと知りました。S先生は処方を変えてくれ、すごいときには一回に13錠もの薬を飲んでいました。現在は一回8錠になりました。一方、仕事はどの仕事も長続きせず、ある日ハローワークの人に障がい者就労支援センター「しごとねっと」を紹介されました。これは精神障がい者に特化している就労支援センターですが、それを紹介していただき、担当職員からその紹介を受けました。

これがこの方の現職となっています。

老人ホームさつき荘の仕事をできるようになり、薬を飲みながらがんばって働いている「しごと」の皆さんをみてから、居心地もよくなり、自分もここで頑張って働いていこうという気持ちになりました。週5日、さつき荘で働き、何度か調子を崩しながらもがんばりました。現在はさつき荘のホームヘルパー補助で2.5日とクリーニングのお仕事が2.5日、合計5日間「しごと」の従業員として働いています。精神的にも今では良くなり、プライベートも充実して、友人の経営するレコード屋でビールを飲みながら音楽を聴いたり、レコードを買ったりすることが楽しみになりました。これからの目標は仕事や、恋愛や、趣味に人生をエンジョイして、良きパートナーを見つけないと思っています。

社会的にしっかりとした支援が周りにあれば、その人は病気ではあるし、健康な時の自分とは多少は違うのだけれども、自分なりに納得する人生が歩めるということをご理解いただけたと思います。

4. 精神障がい者の障がい特性と就労支援の実例

次に、パイ焼き窯、パイ焼き茶房、しごと等の中で働く当事者の様子、それから私たち支援者がどういう手段で就労支援をしているのかというのを知って頂きたいと思います。

まず、精神障がいを持つ方の特徴ですが、私は働くという部分に特化しながらお話を進めたいと思います。当法人の理念は、「語る・創る・暮らす…ハタ楽」です。私たちは1994（平成6）年、パイ焼き窯を作った時から、どの障がいがあっても、働くことを通して、その人は障がいの改善を図れる

だろう。人間として、成長・発展があるだろう。三万年の人間の歴史を、今もきちんとそこに対応できるものだろうと、働くことを何より大事に据えて考えてきたところです。

地域の中でその人達が暮らすためには、自分の持てる力を地域の人たちと共に、または事業所の人たちと共に語り合いながら、地域づくり、事業所作り、自分作りを語って、作って、そして一緒に暮らしていこうと謳いました。自分が人に働きかけをし、人に支援をしてもらい、その中でWORKの働くも

ちろん大事にしていますが、私があなたに働きかけることによって、あなたが楽になるねという「ハタ楽」という意味での掛け言葉なんです、こういうことをとても大事にし、具体的な実践をシンボルにしながら運営しているところです。

精神障がい者の特徴についてまとめますと、特に二つ強調したいことがあります。

中途障がいですから、病気になる前の自分と病気になった後の自分、病気になる前に知り合った仲間と自分を比較してしまうということがあり、その無念さというのが大きいですね。

もう一つ大きい特徴として、病気と背中合わせ。統合失調症の多くの方は、一生薬を飲み続けなければいけないでしょう。そうすると、「無理をするとまた入院だよ」ということがいつも言われている。自分も「もうちょっと仕事で頑張ろう」、「賃金も上げていこう」、「就職しよう。」「いま週四日事業所で働いているから、訓練しているから、会社で五日、バリバリ働いて常勤で働きたい」と思う気持ちは本当に多くの方が持つのですが、やっぱり周りが止めます。止められると自分も、「やっぱり薬を飲んでから、再発するからちょっとやめておこう。」「無理するとやっぱり危険だな」という気持ちになります。そういう意味で、将来に対する不安というものが非常にある方たちだということです。もう一つの特徴は、彼らはパイ焼き窯、または「しごとも」に来るときに、周りの人の意思、または家族の判断で来ているのではないです。

たぶん産まれたときから知的障がいを持っている方とそこが大きく異なるのかなと思います。いろんな生き方がありますが、働きながら生きていこうと思う方は、ほとんどの方が自分で判断されますね。こちらが働く環境を提供したり、相談の内容をお話したりする中で、頑張ってみようという、そういうモチベーションを高くお持ちです。

5. 支援者として大切にしていること

支援者として大切にしている四つの事を右図に書きました。

まず自分らしい生き方ですね。状態のいい時は、かなりの確な判断ができる方が多いです。就労支援の事業所に来ている人が、全員症状や障がいが軽いのかというと決してそうではないですね。幻聴、妄想が非常に強い時ももちろんありますが、ただ共通しているのは働きながら生きていきたいと、こうい



精神障害者の特徴

【図表 3-1-1】

2) 支援者として、大切にしている事

① 自己実現に向けて・・・

・自己選択・自己決定・自己責任

——他者の責任に転嫁しない社会人力

② 人としての尊厳・職員との対等性を尊重する倫理観

・障害は個人の責任では無い

・障害の理解と軽減の為に地まね学習・支援力向上

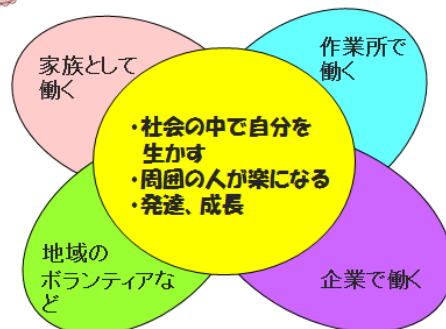
③ 一人ひとりに合った「働く」を創り出す視点と能力

④ 障害の自己認知と支援サービスとのマッチング

【図表 3-1-2】



働く場：様々な社会参加の姿



うモチベーションが皆さん高いです。

パイ焼き窯を希望されたときは、その方の症状が重いとか、薬が多いとか波が強いとかそういうことで私たちは断ったりはしません。

ご本人が働きたい、訓練したいと、将来は企業で働くなり、うちのなかの職員として働きたいというご希望がある場合には、お受けしています。そういう自分らしい生き方、自分のある像を働くという形をもって生きていきたい方がいらっしゃるので、「じゃああなたは具体的にどういう自分像を求め、目指し、私たちの提供できるサービスをどのように使いたいのか」という、こういう判断を、話し合いながら自分で決定して頂きます。

途中で具合が悪くなった時に、「病気のせいだからちょっとやめるよ」とか、「親が理解が無いから」とか、「社会資源は不足している」とか、周りのせいにして逃げないように、できることはしっかり確認しながら、状態が悪くなったら少し戻りながら、目指す自分像にいつも向かっていこうと進めています。

次に職員として大事にしていることは、ほとんどの方が社会経験はお持ちですし、年齢的にも、社会性も職員より非常に優れているものをお持ちですから、人間としての対等性・平等性を意識しています。企業で働いた時に、その方がため口をきいたりとは許されないので、作業の場では必ず、職員も利用者も「ですます調、丁寧語で会話をしましょう。」をルールにしています。職員はもちろんです。利用者はお客様ですから、お客様に対してはきちんと丁寧にお話をするということ、それが結果的には職員の平等性にも影響してくるんだろうというように思っております。

それからもう一つはその方の、一人一人に合ったハタ楽を創り出すという視点ですが、少し前まではいわゆる個別支援計画を作る時に、その方の「課題」に着目をしてきました。

最近では、特に世田谷の自立支援協議会の中で相談支援事業のことを勉強しながら気を付けていることは、「課題」に着目するのではなく、その方の「ストレングス」に着目をして、その方が、「何を得意としているのか」、「好きなことは何なのか」、「隠れているその人の能力は何なのか」、これをしつかりと発見しようということです。そのために事業所の中では、多彩な訓練種目をどれだけ多く作り、その中で試して頂きながら、その人の能力をどのように発見するのかは、職員の能力にかかっているなと思っています。

この方は「あれがダメ」、「これがダメ」という「課題」の中で支援をしていこうとすると、皆さん本当に薬を飲んでだるい中で、「とにかく頑張らなければ」、「行かなければ」、「朝起きなければ」と頑張っているのに「まだ頑張れと言うのか」と。「もう頑張れない。」そういうことになってはいけませんね。それはちょっとあちらにおいて、「その方はパソコン打ち込むのは得意だよ」とかですね、「すごい優しくて、自分の事は横に置きながらも周りの人の言葉をきちんと聞いて、優しく対応できる」とか、「笑顔がステキだとかですね」、「単純作業だったら得意だ」とか、いかに広くその人の能力を発見するか。そしてそれを仕事にどう結び付けていくのか。既存の仕事だけではだめですので、私たちはどれだけ多くの仕事を見つけ出すのか、その人の得意分野を活かせる仕事を見つけるか。そこどうマッチングさせていくか。これも職員の本当に大事な能力、資質になっているかなと思っております。

6. 「働く事」で得られるものとは

【図表 3-1-3】

働くという所を、右図のように広い概念でとらえてみました。企業で働くということだけではなく、もっと広く考えると、例えば人と人が存在すると、その人に対する働きかけというものも、広く考えれば働く、働きかけあいというようにとらえて良いのではと思いますね。それがいわゆる相談支援のところだったり、居場所だったり、作業所だったりするのかなと思います。



その中で当法人の場合には、ここで働いて力をつけていくということと、企業で働くような力をつけていくための支援をすることが特徴になります。

働くということはどんな意義があるのか、何故働くということをそんなに大事にしているのか、とその意義とか効果を書いてみました。社会の中で自分が活かせるということですね。社会と自分とのつながりがうまくいっているというのは働くということではないのかということです。それから自分が存在し、働きかけ合うことによって、人が、周りの人が楽になるはずだということですね。そして働くということは三万年の人類の歴史がそうであったように、必ず発展・成長そういったものを生み出すだろう。これは障がいの軽減をかならず生み出すだろうと思っています。

18年間のパイ焼き窯の実践で私は手探りで、実践的に本当にがむしゃらでやってきたんですが、結果的にたった一人も働くことを通して再入院しなかったんです。再発、波はもちろんありましたが、一人も入院させなかった。それは誇りです。働くということは負荷を生みます。負荷を生むということは、自分の状態はこうなったらこうなるということがその人自身がみえるのです。自分の状態を負荷をかけながら知り、どこまでどうしたらどうなるか。的確に自分をつかむことによって、その次の自分を、自分でコーディネートできるという意味では、負荷のない、眠りたいときに眠る、食べたい時に食べる、こもりたい時にこもりっぱなしになっていたなら、その方は自分自身の状態をどうするんだろうという風に感じましたね。ある種の負荷、しかも働きながら負荷をかけることが二重三重にその人にとっては大事なんだろうということが、この実践の中で自分なりには感じてきたところです。

精神障がいをもっている方は、働くことで得られるものでは、太字になっているところが重要だと思います。

一つは収入ですね。中途障がいですから、多くの方が普通に学校を出て、働いて、家庭を持って、やはり収入を得ながら生きていく自分というものをイメージしていて、親もそれを期待していました。

それが働けない、収入が無い、社会保障制度も非常に不十分ですから、具体的に言うと、「かあちゃん今日は、終わったらカラオケに行きたいから 1000 円ちょうだいよ。」「喫茶店に帰りによりたいから 500 円ちょうだい。」30 歳になっても、40 歳になっても、こういう生活の中で、自分のプライドはズタズタなんです。

一般的には働く年齢の方が、障がいがあるからということで、自分がちょっと楽しむことさえも、親の承諾を得なければ生活を賄えないなんて、変ですよ。そういうものからの脱却、精神的にも自立するために自分で稼ぐ。またはきちんとした社会保障の中で収入を得るということはとても大事になります。

それから二つ目に大事なことは健康ですね。薬を飲みながらという方は多いです。服薬を自己管理して、それでも症状に波があったら、その症状の波を自分でコントロールする。生活リズムも含めて、

自分の健康は自分で管理することがとても大切です。

それからもう一つはメンタルな要素ですね。プライドの高い方は多いです。それは病気や強制入院の中で屈辱的な生活を味わってきています。そして、自分と同じ年代の人と比較する中で、自分の誇りはズタズタで、精神的ないろんな要素というものが非常に大きなダメージになる。本当にわずかなことが被害的に感じてしまうような方は多いです。そうした意味で就職したときに特に神経を使う必要があるのではないかと考えています。そこを大事にしながら相談支援があれば長く、きっとこの方は働くことが継続できるだろうというように思っています。

7. 精神障がい者にとって「働く事」で心配なこと

【図表 3-1-4】

逆に右図にあるように、精神障がい者ご本人にとって働くということを通して心配なことをまとめてみました。

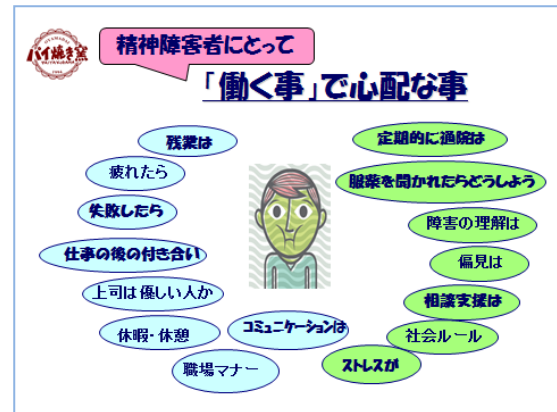
右のところはいわゆる医療にかかわるところですが、自分が病気ですよということをオープンにしながら就職できた場合には、支援者が会社の担当者とお話をしたりできますので、職場の開拓をしやすいんですが、クローズ(障がい者あることを隠す)で就職した場合には、職員は関与できませんから、ご本人は自分で自分をサポートするしかありません。「定期的に通院することを保障されるだろうか。」とか、お昼に薬を飲まれる方が多いのですが、「あなた何飲んでるの。」と聞かれないか。クローズにしているのですから、精神障がい者ってわかっちゃうよという心配があります。

また、病気に波があるとか、会社の人にこんな風に言われたとか、家族のことでつらいとかいろんな悩みが起きます。そのときに、相談をきちんと受けてくれる人がいると、それを解決し、今の波を乗り越えられるという意味では、相談支援者はとても大事になります。そしてストレスが起きた時にその対応をどうしていくのか。できれば就職するときに、ストレスの解決方法を学んでいくと、とてもいいのかなと思います。

就労支援事業所ではたぶんどこでも働くための訓練をしていらっしゃると思いますが、ぜひ仕事だけではなくて、座学やグループワークを通して、「あなたのストレスになることはどういうこと」で、「それをどのように対応していったらいいのか」ということをしっかり学ぶと、それが働いたときに非常に役に立つだろうと感じております。

左側は働いているその仕事を通して心配なことです。

どうしても最初みなさん走り過ぎるのです。「自分のいいところを見せたい。」または会社から要求されると「できます」って言ってしまいます。断れないんですね。それによって、早い人は二日で「疲れた。だめだ。」と、なってしまう。そこで、事前に対応の仕方としてありそうなこと、例えば、残業を言われた時、「今日は歓迎会がある。あなたが主人公だから、飲み会に行きましょう。」と言われた時にきちんと断る力など SST³²を利用して練習しておきます。自分のことも、わかる方には開示しながら、きちんとお断りをすることによって、そこを乗り越えられるんじゃないかなと思います。



³² SST (Social Skills Training=生活技能訓練) とは、「こんな事がうまくなりたい」「こんな時どうすればいいの?」という問題に耳を傾け、自分らしく生活していく上で役立つ技能を身につけられるよう理論的・系統的に構成された治療プログラム

また「仕事を失敗したらどうしよう。もうそれで全部だめになってしまう」と思うんですね。できれば具体的にジョブコーチをつけながら、会社の中で何が失敗で、何が何回聞いてもいいのか、そこはどのように対応したらいいのかということに対応する力が付けば、多少の失敗があっても大丈夫だろうなという風に思います。

コミュニケーションについても、「自分は話すことが下手だ」とか、「伝えることが下手だ」とか、いろんな心配があります。

8. パイ焼き釜の運営・経営方針

【図表 3-1-5】

次にパイ焼き窯という、就労支援・移行支援をしている事業所のことについて少しお話をします。

パイ焼き窯は1994（平成6）年、経済的に自立したいというメンバーのニーズに対応して作りました。

特徴は二つあります。

一つはパティシエの方を顧問にしました。そして本格的なお菓子作りをし、バンバン売り上げていこうということと、売り上げることによって高い工賃を保証していこうとい

うところが大きな特徴でした。最初から経済的自立をすぐに作り出していくということはなかなか難しかったんですが、狙いとしてはそういうところにありました。

二つ目は作業の内容です。パイ焼き窯でお菓子作りをする。または包装し、販売をするという、ここでやる複雑な作業というものはある狙いがありました。この作業を通して、それがリハビリテーションになる。つまり障がいを経くする作業でなければ意味がないと思ったのですね。もちろんお金は大事なのですが、がらがん金を稼ぐということではなくて、作業そのものはその人の障がいの改善、それにつながる作業を組み立てようという狙いを持ちました。そのためには作業内容そのものもそうなんですが、自分が作ったものが、買ってくれた人の高い評価によって、それが自分の評価に結びつく。自分の誇りにつながるという、その完成度の高いものということを非常に意識しました。

今現在60品目作っております。実はマスコミなんかでもお菓子についてはかなり取り上げられて、多いときには一日60万円くらい売れます。そして「私が作った商品があんなに売れたわ」と。それはその場で自分の仕事への評価を受けられることです。

具体的にもう少し話をしますと、うちは流れ作業はしません。レシピを持ってきてその通りに一度に、例えばチーズケーキなんかでも6ホールとか自分一人で全部作ります。それがリハビリツールになります。焼きあがった状態を見て、「非常によくできた。昨日はぐっすり眠れたし、非常に自分も状態がいい。」逆に非常にできが悪い時。「それはあなたの病気の状態、症状を振り返ってください。あなた、昨日どういう過ごし方をしましたか？ひょっとして、サッカーを遅くまで見ていませんか？家族とトラブルがあったんだろうか？またはお菓子作りに非常に不安があったんだろうか？そういう振り返りにしましょう。」と、自分を振り返ることができます。

もしそれを流れ作業にすると、誰がどこでどう失敗したのか、誰かの責任にしてしまうわけです。そういう意味ではかなりシビアなんですけども、その完成度によって、または失敗によって自分に振



り返ってもらえるのです。そして、「じゃあ働くためには自分が、自分の症状・病気とどうつきあっていったらいいんだろう。」「それをより良くするためには、自分がどういう生活を作っていったらいいんだろう」と考えてもらいます。「それはあなたしかできないんだ。周りの人も、家族もできないことだから、あなたができることはあなたがしましょう」という感じで、お菓子作りについてもそのような組み立てをしております。

【図表 3-1-6】

そして 8 年後、社会福祉法人をつくりました。精神障がいの世界というのは、法律的にも非常に他障がいと差をつけられています。まず、補助金の制度で言ったら知的・身体の方は支援費制度でしたが、精神は補助金制度でした。これが自立支援法に移行した時に、おたくは補助金制度だったからこれは使えません。これは使えます。もう何年も経っているんですが、未だに精神障がい者の施設、補助金制度だったところが新法に移行しても、東京都でさえも補助金の中身に差をつけられ

ているというのが現状ですね。それは補助金だけではなくて、こういう社会福祉法人を作るときの制度そのものにも大きな違いがあります。例えば、知的・身体の場合には、東京の場合には、特に世田谷なんかでは土地も、建物も何十億かかってもバーンと作ってくれるわけです。ところが精神の場合には、土地は自分で探しました。そして、社会福祉法人を作りたいですと言ったときに、「要綱ないからだめです。」と、まずその入口からシャットアウトされた。お百度参りのようなことをしていると、たまたま世田谷区の理解のある課長と巡り合って、「じゃあ高齢者の制度・要綱を精神にちょっと準用してみましょう。」と言ってくれたのですね。そのお金で競売に出ている土地を自分たちで買い、それから東京都の制度をなんとか準用してもらって使い、仲間集め、資金集め、借金をしながら作ってきたのがパイ焼き窯でした。これを作ったときに、無認可の時代と違うことをやったのです。

『三年間で就職する』、そういう事業所を作るということでした。訓練事業所はいっぱいあります。作業事業所もいっぱいあります。だけれど、精神の場合は就職を目指しているところはうちしかなかった。いろんな利用者・ニーズがあるけれども、他と同じ事をやっていたらそれをきちんと受けていけませんよね。だからうちは三年間で就職するということに特化しましょうねという話をしました。

実は家族会が反対したのですが、そのために、家族会やメンバーにお約束を三つしたんです。

一つ目、就労支援のためのシステムを作ります。二つ目、雇用先三年たったら追い出すようなことはしません。なんとか雇用したいと思う人には、そのための場所を作しましょうという話をしました。そのために事業所開拓もしましたし、就労支援センターも作りましたし、そして一定の技術をあげた人にはうちの法人の技能職員という形で雇用するという道を用意しました。そして「しごと」という、今でいう A 型事業所を作りました。三つ目のお約束はネットワークを作ったんですね。うちは就労支援です。でも働くには自分はちょっとしんどい、ゆっくりしたい。いろんな過ごし方がありますので、その方たちのニーズに合わせたいろんな事業所とネットワークを組みましようというようにしました。



9. パイ焼き窯の特徴

パイ焼き窯には三つの班があります。

一つ目が焼き菓子班ですね。売り上げ目標は 2,300 万円、お菓子は 60 品目です。今年は法人設立の 10 周年ですので、シンボリックなお菓子作りをしようと考えております。

二つ目は清掃班です。清掃班の特徴としては、まずは館内清掃で就職したときにすぐに役立つ、基礎的な清掃技術を身に付けようとしています。

清掃認定資格というものがあるんですが、それは試験を受けるのに何十万円もかかる高いもので私たちは手が出ません。だから自分たちでそれに似た制度を作りました。そしてそこに慣れて、一定の基礎力が付いたら、今度は人の目の前で、自分の身に付けた基礎力を発揮できるかどうか。精神障がい者は人がいると緊張します。ですから、お客様やいろんな方の前できちんとお仕事ができるという、そういう外勤訓練を設定いたしました。今 10 か所ほどやっています。ここの訓練から一般就労、しかも清掃会社に就労した人は非常に多いです。そして、自分がやってきたことと、会社で要求されていることが非常に類似していますので、ある意味定着しやすいという結果を見えています。

三つ目が調理班ですね。平均 65 食、年に 10 回ほどケータリングをしています。

【図表 3-1-7】

これらの三つの事業の中で、いわゆる就職支援推移、多機能の訓練が組み立てられる要素として、職員の体制に特徴を持たせました。

パイ焼き窯とパイ焼き茶房、喫茶店の A 型事業所三つの中で常勤職員が 13 名おりますが、精神保健福祉士を含めて福祉の専門職の方が 5 名です。それから企業から採用した方が 8 名、これが非常に大きな特徴かなと思います。なぜかという、皆さん就職したいわけですから、その時に、福祉のことしか知らない、福祉の価値観で当事者を支援しようと思っている職員だけだと、企業の願っていること、企業で求めていることの間に非常に大きな差が出ます。その差を、企業の理解がないからとちょっと前までは福祉側は言っていたのですが、それでは通用しないですね。お互いの壁というのがなかなか低くならない。それで、企業で本当にバリバリ働いた方を私は雇用いたしました。その中で、企業の価値観をそのまま持ち込むのではなく、企業の求めることや、そこで必要なものを伝えて頂きながら、当事者が就職するに当たっては何か何が最低必要なのか。ここはできないけれど、どれくらいの覚悟を持っていったら継続できるだろうということを三年間かけてお伝えする。またはご自分に変化を起こしていただくというような組み立てのために企業から雇用いたしました。その他に、大きなお菓子屋さんのパティシエや、清掃員、会計士それから精神科医とコミュニケーションしながら進んでおります。



パイ焼き窯の特徴

職員体制

福祉専門職・企業経験者・技術7口

広い分野の職員体制

- ・菓子班:精神保健福祉士・パティシエ
- ・調理班:調理師・作業療法士
- ・清掃班:清掃会社の実習に行く

3事業所の職員経歴

・福祉専門職	5名
・一般企業からの採用者	8名

次にパイ焼き茶房です。

町の中にある喫茶店です。月曜から土曜まで、夜は 7 時半まで経営をしています。ここは 26 名、統合失調症の方が多いですが、パーソナリティにかなり障がいを持ってい

【図表 3-1-8】



パイ焼き茶房

(尾山台ハッピーロード)

1998年設立

～より一般の経営に近い作業所として～

- ・喫茶
- ・ケーキ販売
- ・ランチ
- ・ギフトセット
- ・イベント
- ・ギャラリー



る方も多いということで、トラブルもちょっと多いところなのですが、それでもお店に出たらあなたは店員として求められているんですよというところを強調しながら、働ける状態の方には働いていただく。なかなか無理な場合には、裏方というのがいっぱいあります。その働き分けをするという形です。

A型事業所「しごとも」です。

たぶん日本でダントツ一位の実績をあげているところですね。多いときに一日 6,000 冊配りました。私はとてもできません。ここで本当に独特の力を発揮できる方というのが生まれてきています。このメール便の中で多い方は月 13 万円、収入を得ることになっています。東京都の最低賃金が一時間に 821 円で、26 人登録していますが、今のところ全員保障をできています。もうひとつのしごともの事業が清掃事業です。右の写真の方は週に 5 日、一人で大学の清掃をやっているんですね。一人で掃除ができる方もいらっしゃれば、グループでお店の開店前清掃や、特養の仕事をしている方もいらっしゃいます。


しごとも

(①メール便事業)

ヤマトメール便宅配事業
従業員数: 13名
最高配達冊数: 6000冊/日
最高賃金/月: 13万円



(②清掃事業)

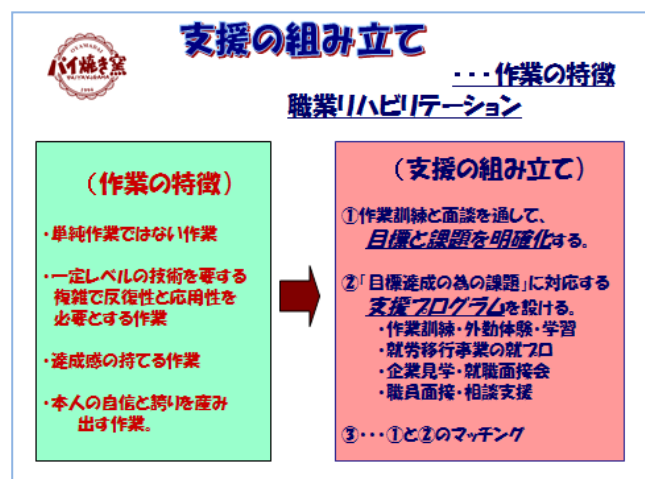
会社・工場・マンション等
日常清掃・定期清掃
従業員数: 8名
時給: 821円以上(都最賃)



【図表 3-1-9】

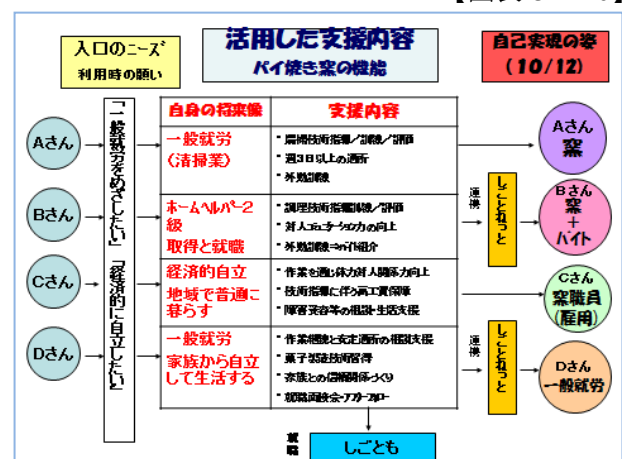
右図は、支援の組み立てについて、特に大事だと思っている要素を書きました。

まず、内職等の単純作業はしないということですから。それから一定レベルの技術を要する仕事に特化したしました。複雑で、反復性と応用性が必要な作業、最初からできたわけではありませんが、時間をかけてこういう力を発揮していくことで、その人の力も発揮していけるだろうという風に考えました。次に達成感のもてる作業。お菓子のところで説明しましたが、自分が働くということを通して自分の自信、失った誇りを取り戻すための作業と、そのための支援としてはこのようなことがあります。



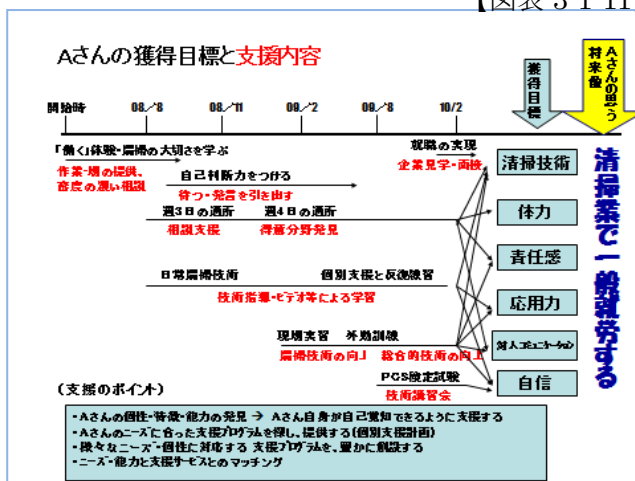
【図表 3-1-10】

まず入口としては就労をしたい、経済的に自立をしたいという共通のニーズがある方ですが、自己実現の姿というものはかなり違います。やっていく中で自分の目標が少しずつ変わったり、でもそれが自分なりに自分を理解し、納得できたという生き方だったらいいいのかなという風に思います。



【図表 3-1-11】

そのなかで「しごとねっと」というのが、精神障がい者に特化した就労支援ということです。これは今の四人の中の A さんが一般就労をするために、具体的にどういう力をつけていったらその人らしく就労できるのかなというところを、この方の時系列にそって、今何をしていったらいいんだろう。そのために私たちはどんな支援サービスを組み立てたらいいんだろうということをセットで書きました。→の下が私たちの提供できる内容です。→の上が、ご本人が今こんなところで力をつけたいことですね。それを組み合わせながら日々支援をすれば、その人は技術を得たり、企業で求められる責任感を少しずつ獲得できるのではないかという風に書いてあります。



右図は世田谷区が作った世田谷区精神障がい者包括的就労支援事業連携図です。

【図表 3-1-12】

今までは右図の「しごとねっと」がありませんでした。その方が過ごす場所、日中活動の場所は公的にも私的にもたくさんあります。就労の支援、特に作業の中では就職に向かって訓練に特化しているというところからパイ焼き窯が生まれました。だけれど、就職の支援をしきれないのです。職員は日中の活動で手一杯なんです。

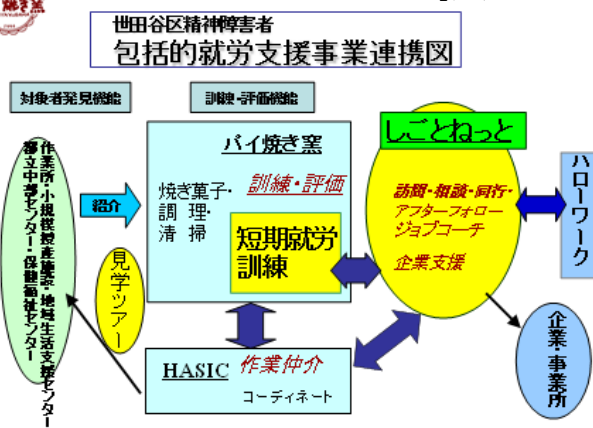
就職の窓口としてもハローワークがあっ

たりするわけですが、このなかで必要なものって何か。ある事業所が、いろんな作業所を利用したいという人たちのご案内をする、いろんな作業所を見て歩く見学ツアーというものをやっていました。その見学ツアーを使って、いろんな事業所に行ったら、「私就職したいんですよ。」と言っている当事者の方がいらっしゃるわけです。ではその方たちが、パイ焼き窯で最長三か月という短時間で、先程ご紹介した「三つの作業種目全ての科目を訓練してみましょう。」「試してみても自分の好み、または得意とするもの、本当に自分自身が就職を望んでいるのかさえも、そこで発見していきましょう。」「その中に評価も入れましょう」ということができるのです。

そして就職をしたいという場合には、その評価を持って会社やハローワークにつなげられるコーディネーターとしての役割が精神障がい者支援には何もなかったのです。これを世田谷区で作っていきましょうと作り出しました。その結果、先ほど申したように、一年間多いときで 70 人、少ない年でも 40 人就職に結びつけられたということです。

10. おわりに

最期に、パイ焼き窯の利用者を通して、精神障がい者の働きたいという人の姿を一人ご紹介します。



Aさんという 2008 年の 8 月に入った方ですが、この方は 20 代後半で大学在学中に統合失調症になりました。一年留年したんですが、それでも卒業できました。ただし卒業後ひきこもりで、アルバイト経験も全くなかったのです。社会人として経験する機会が病気によって失われ、なかった方です。そしてひきこもりの後、都立の中央センターのデイケアを利用しました。

その後自分は高校・大学時代の仲間がそうであるように、やっぱり就職したいという気持ちがある時昂ってきた。それだけ状態も安定してきたということなんだと思います。そこで保健師さんの紹介でパイ焼き窯の見学・利用となったかたです。最初はその方のストレングスというのはわかりません。課題として引き継がれたことは、または推測できたことが社会性に非常に乏しいということですね。引きこもりの方多くは対人ストレスが強く人が怖い方が多いです。Aさんもまた、引きこもりを続けたせいで体力が非常に落ちている。そしてそういう自分に全体的に自信が持てない方でした。ただしこの方は通院・服薬はちゃんと自分でできているという力がありました。そして両親もストレスの高い方ではない、三人で仲良く暮らしていく中で、お母さんが食事作りも少しずつ手伝えるということになっているという方です。

この方の最初の目標としてパイ焼き窯を利用していくにあたって、五つほど目標を立てました。まず、決められた日に通所をする中で生活リズムを作っていきたいということです。生活リズムを守ろうということは、食事、そして食後の服薬がきちんとできるということと、特に大事なのが睡眠も取れるということです。これがきちんとできていくと、薬の効果等も非常に安定してくると思いますので、日中活動する場合に非常に安定に生活できます。

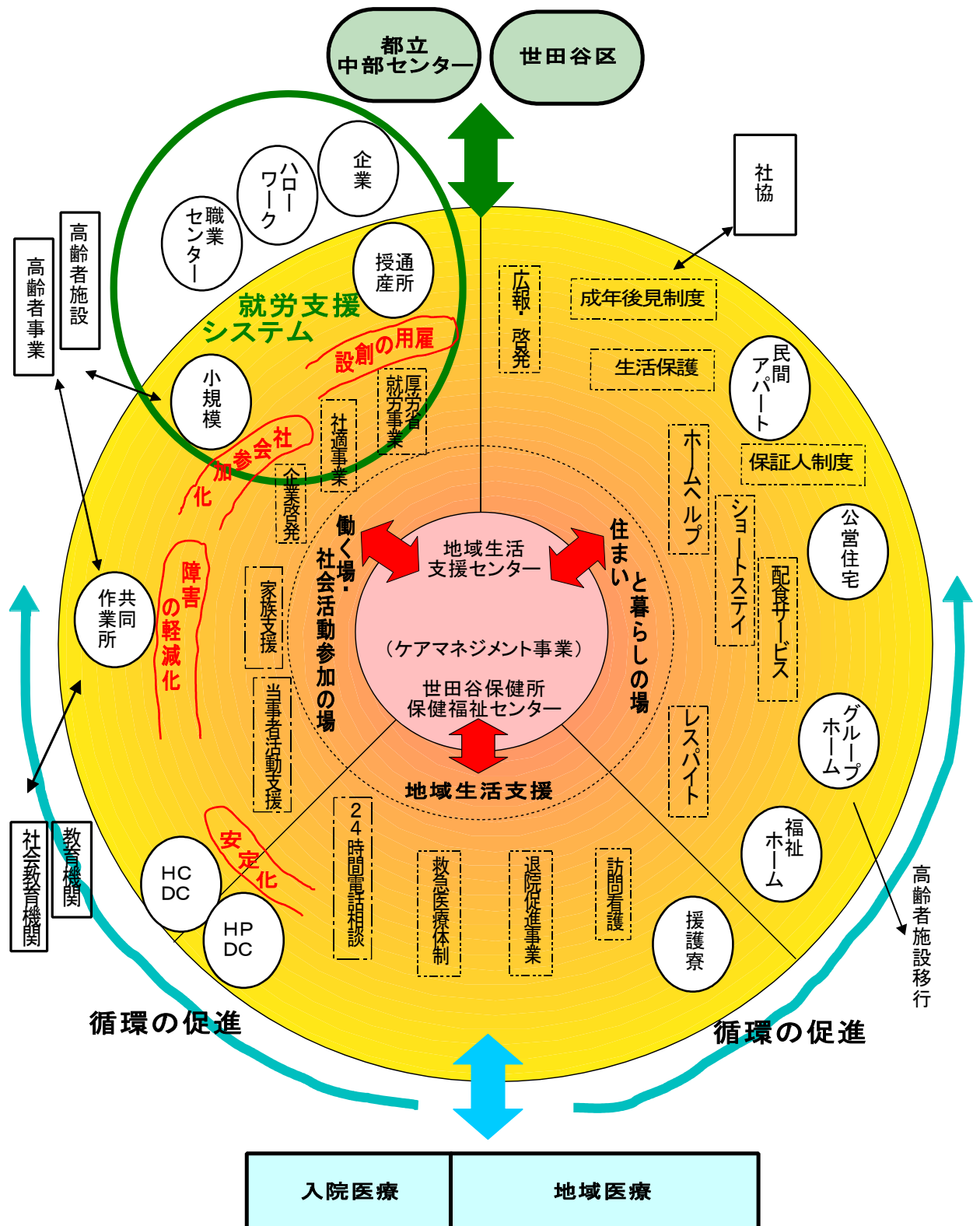
次に「体調変化とか、ストレスを自分で抱え込んでしまうのではなくて、職員に気楽に相談しましょう」と最初は相談支援に力を入れました。次に「できれば清掃班の気の合うメンバーとお食事だけでもしませんか。一人ではなくて、お昼だけでもいっしょに食べましょうよ、別に話をしなくてもいいから。」と働きかけました。「わからないところはメンバーに聞いてもいいし、メンバーに相談しやすかったらすればいいし、だめだったら職員でも良いですよ」と、「相談しやすい雰囲気」を特に大事にしましょうよ」と申し合わせました。

その目標を達成するために支援計画を立てました。「まず広くいろんな作業を眺めてみましょう」、「そこでまず体験してみましょう」と。それから最初は本当に簡単な作業をできることからやってみて、自分がどのくらいできるのか、または嫌にならないか、そんなことを試していきます。自分自身の気分調べもします。毎朝、清掃に入る前にみんな集まって、今日の気分はと言わず確認するので。グループの中で、自分のことを言っているんだ、自分と同じようにつらい人もいるんだということを知るようになります。同じ病気や障がいを持つ仲間を知ること、自分もいつかあなれるかなという展望ももてるので、支援計画と一緒に立てていけるのです。

そして半年後、一年後、この方は着実に変化をしていきました。詳細は省きますが、結果的に二年後、この方は就職の面接会にチャレンジできました。トライして、二社面接を受けて落ちたのですが、それでもめげないで、自分がやっぱり就職を目指していきたい。そのために機会があったら就職面接会にトライします。そのために自分が出来ることを自分で見極め、無理はしないで週 5 日通って作業ができるようになりたいという自分作り。そして自分は企業のことや一般社会のことを知らないから、企業の面接ではなくて見学会に行って、体験することで、ストレスを減らそうということも本人なりに考えてトライするところまでこの方は変化してきたのです。

一人ひとりに歩くスピードは異なりますが、「働きたい」という希望を実現するために、パイ焼き窯はその場所を提供しているのです。

世田谷区の精神保健福祉機関 連携モデル図



「就職・経済的自立を目指すAさん」：特徴・支援内容・変化

＜プロフィール＞

20代後半 大学在学中に発症(統合失調症)し、1年留年後に卒業。その後はひきこもり状態。アルバイト経験も無い。都立施設のデイケア利用後、「就職したい」との思いが強くなり、保健師の紹介でパイ焼き窯見学・利用となる。

年/月	特徴・状況 → 変化した姿・特徴	目 標	課 題	支援計画・支援内容
8/8	・ひきこもりが続き、社会で働く経験もほとんど無かった為、社会性・対人関係・体力に課題が見えた。 ・全体的に自信を持てない。 ・統合失調症。通院・服薬は出来る。 ・両親との3人暮らし。料理の手伝いはする。	・生活リズムを整え、遅刻しない。 ・週2日3時間ずつ、通所・作業する。 ・体調の変化・対人ストレスを職員に伝える。 ・清掃班のメンバーと会話・食事が出来る。 ・作業上の分からない事は、他者に質問する。	・働く事の理解・興味 ・生活リズム ・体力 ・対人ストレス	・2ヶ月ずつ、3つの作業を経験する (清掃班→調理班→菓子班) ・通所の継続を重点に、簡単な作業提供 ・気分調べ・相談支援を重視する ・通院・服薬の確認をさり気なく入れる
8/10	・他のメンバーと自分を比較する事が目立つ ・2ヶ月間で、3日の欠席があったが、概ね通所作業出来た ・清掃班：ほうき・モップ・窓拭き作業を繰り返し実施・概ね一人で出来るようになった	・休まず通所作業する ・週3日/9時～14時 調理作業を継続する ・苦手な人との距離・分担を職員に相談する ・他者と協調して作業が出来る	・体力 ・協調性 ・仕事の適応性	・面接の機会を多く持つ ・出来る作業の発見 ・相談し易い雰囲気や声かけを重視する ・調理班で作業体験する
8/11	・調理は合っていないと自己判断。協調・連携作業がやや苦手の様子。 ・清掃班に戻り、定着を希望する。	・安定通所 ・週3日/9時～14時 清掃班作業 ・清掃の基礎作業技術の修得 ・苦手な人との距離・分担を職員に相談する。	・清掃技術 ・自分のペースで作業 ・対人ストレスの軽減	・ビデオ・テキストによる基礎技術の学習の機会を複数回持つ ・指導員による個別指導の機会を多く持つ ・面接・相談支援
9/2	・欠席・遅刻が無くなり安定して週12時間通所作業出来た ・対人関係：作業をメンバーに聞けていた。 ・食事と共に楽しんだ ・通院・服薬の問題は無い ・作業：床清掃・窓清掃・トイレ清掃がほぼ一人で出来る	・外勤訓練(パン工場・公園・マンション外回り)に参加する ・話しやすいメンバーと食事や話を楽しめる ・週4日の作業を安定して行う ・就プロ・PC教室に参加する(週2回から)	・人の中で発言する 事の苦手意識 ・PC技術向上	・就プロに参加する様、誘い・紹介・相談 ・作業時間延長に伴う体調把握・相談 ・レク・スポーツなどの誘い ・清掃技術の向上の支援：時間・得意分野開拓 ・PC教室への誘い・技術向上
9/8	・4月からはほぼ週4日出席できた ・定例の交流会に出席し気の合う人が出来た。一泊旅行参加 ・作業：特にトイレ・水周り・ガラス清掃技術は得意分野であり、新しいメンバーに教える事で更に自信が付いたと感じる ・外勤グループに入り、外勤中心の作業となった	・10月予定の「清掃技能検定」にトライする。 その為に、更に技術の向上をめざす。 ・就職面接会に参加する ・月・金の就プロを活用し、企業情報・働く事・社会人としての知識やマナー等を習得する	・安定通所の維持 ・他者との程よい距離を知る。	・清掃技術の個別指導と反復練習 ・他者に教える機会を多く提供する ・検定講習会開催と参加支援 ・外勤訓練の場所の拡大 ・就プロ参加の継続・面接練習
10/2	・週16時間の作業はほぼ定着した ・就プロ・PC教室参加をカウントすれば、週20時間クリア ・時給435円・・・かなり早い昇給である ・「清掃技能検定・・・日常清掃部門」合格 ・秋の合同面接会(ハローワーク・世田谷区主催)に見学参加した	・就プロプログラムの職場見学会に参加する。 ・障害者就労面接会(東京都・世田谷区主催)に参加する ・障害オープンで就職を実現する(週20時間) ・新メンバーの育成(作業指導・終了チェック)	・障害をオープンにする 事の決心 ・企業の実情を知らない事への不安 ・新しいことへの緊張感がある	・週20時間以上の作業継続の支援・相談 ・他者に教える機会を提供する ・企業面接会同行・相談・振返り ・就プロ参加の継続 ・企業見学会の実施(年4回程度)
10/8	・週5日の作業日を隔週で設定し、実行できた ・6月の就労面接会に参加した(2社トライ)→不採用だったが、今後も根気よくトライする事を確認。 ・就プロに積極的に参加し、ほとんどのメニューを体験できた。 ・実習生・新メンバーに作業を指導し、特に実習生からは「丁寧で分かり易くびっくりした」と評価された	・就職の実現・就プロ継続・PC技術の向上 ・清掃作業で作業時間の延長・技術向上 ・友人を増やす・仕事以外の時間を豊かに過ごす	・就職の実現 ・不調時のセルフコントロールと相談・依頼する力	・週20時間以上の作業継続の支援・相談 ・他者に教える機会を提供する ・企業面接会同行・相談・振返り ・就プロ参加の継続 ・企業見学会の実施(年5回程度)

第2章 精神障がい者の日中活動支援：福島県泉崎村の取り組み

NPO 法人こころん 副理事長 統括施設長
熊田 芳江

1. はじめに

【図表 3-2-1】

私たちは東北の入口にある福島県の白河市と隣の泉崎村で活動を行っています。人口は白河市約64,700人、泉崎村約6,800人の小さな市村ですが、東北本線の駅もあり、高速道路も走り、それほど不便でもなく、活動しやすい地域です。

NPO法人こころん³³は、2002（平成14）年に精神障害者地域生活支援センターを作ろうと、NPOを立ち上げました。

2004（平成16）年に精神障害者地域生活支援センター³⁴こころん（以下「センター」という。）をオープンしましたが、開所に先だって名称を一般公募で皆さんから募集して、大変素敵な名前を付けて頂き、法人名も「こころん」という名前に変更しました。

開設後二年経ちますと障害者自立支援法（以下「自立支援法」という。）に法律が変わり、センターを新しい事業に移行しなければならなくなりました。

私たちはそれまで相談支援を中心に日中の活動をしておりましたけれども、利用者さんのほとんの方が「働きたい。」と願っていたのです。また、経済的な裏付けといったものが全く無く、利用するまでは、受給資格があるのに年金をもらっていないので手続きをしたり、働くということをするためにはどうしたらいいのだろうと、常に相談のテーマとして、少しずつ自分たちにできる仕事を見つけてやっておりました。

自立支援法はいろいろ問題だらけということで問題になっていますが、私たちにとりましてはとってもいい制度になったなと思ったのです。例えば旧法で授産施設を作るには大変な資金と時間がかかりますし、グループホームや、ホームヘルプサービスなど、精神障がい者の人が地域の中で生活していくにはたくさんの支援が必要なのですけれども、それらを一つ一つやっていると大変時間がかかってしまう。そういう意味でこの自立支援法はサービスを基準にしておりますので、どのサービスもやろうと思えばそんなに大変ではなくできるところがこの法律の良いところとでした。私たちがこれを使うことが問われるのではないかなととらえておりましたので、2007（平成18）年の10月には、いち早く自立支援法に移行しました。

しかし、当法人では全くの新規で立ち上げたために、それまでの実績があまりないので、職員の資質ですとかが進まない中で、本当に手探りの状況で、みんなで勉強をしながら進めてきております。

法人沿革	
・ 2002年(H14年)	法人設立「NPO法人こころネットワーク県南」
・ 2004年(H16年3月1日)	生活支援センターこころんオープン (精神障害者地域生活支援センター)
・ 2005年(H17年)	「NPO法人こころん」法人名の変更
・ 2006年(H18年4月)	「あけぼの荘」(グループH・ケアH)
・ 2006年(H18年10月)	「なごみの家共同作業所」(なごみの会より事業継 障害者自立支援法へ移行 ①地域活動支援センター ②相談支援事業 就労移行支援 ③多機能型事業 就労継続支援B型 「こころや」「なごみの家」
・ 2008年(H20年5月)	「こころんはうす」開所 (グループH・ケアH)
・ 2010(H10年1月)	「矢部農場」(養鶏)

³³NPO法人こころんのホームページ：<http://www.cocoron.or.jp/index.html>

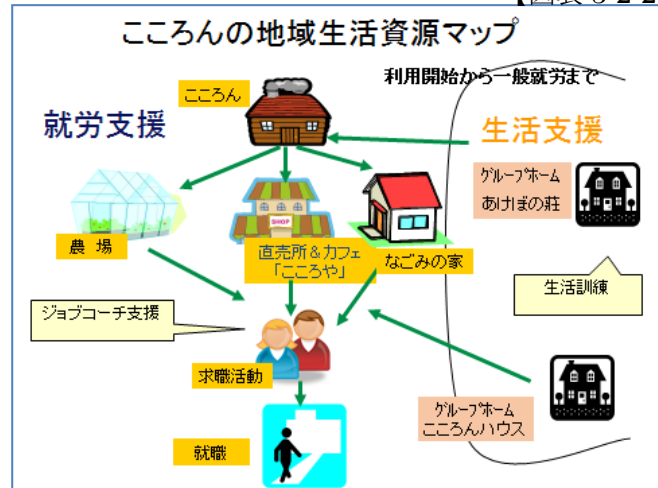
³⁴旧精神保健福祉法第50条2にあった精神障害者社会復帰施設協会の一つ。障害者自立支援法新体系では移行先として地域活動支援センターI型が想定されていた。

2. 「こころん」の取り組み

右図は、精神障がい者の人を支える生活マップです。まずセンターに皆さん相談に来られます。内容は、就労の問題、生活上の問題など暮らしに係る両方の問題が持ち込まれてきます。

長期に精神科病院に入院している方は、住む場所もない方がたくさんいらっしゃいました。その住まいの場と、生活支援サービスが少ないために、精神科病院から退院して地域生活を始めることが難しいのが精神障がい者の特徴でもあります。

【図表 3-2-2】



私共が退院促進事業の委託を受けた当時は、グループホームもなかったので、法人で「あけぼの荘」と、「こころんハウス」という二つのグループホームを作りました。

日中活動の場は、皆さん一人ひとり症状も、能力的にも様々なので、その人にあった働き方というものを考えていかなければなりませんでした。

そこで私たちは仕事というところを中心に、まずはその人が働きやすい場を整えていこうと、いくつかの作業施設を作りました。一つは「こころや」というお店です。皆さんは道の駅でご存知ですか。地域の中で生産される野菜や特産品を販売しているお店です。その他に農家さんの農場に行ったり、自社農場も少しあり、そこで働いて農業体験をしています。

また隣の市の白河市に、家族会が運営する作業所「なごみの家」がありましたが、家族会の法人化は難しいので、自立支援法を期に話し合い吸収合併し、当法人で運営しています。

作業の体験を通して、一般就労を目指す方にはそのための支援というものがなくなってきます。そこで隣の白河市の就業・生活支援センターの方と連携を取って就職活動をするようにしております。この時必要なのがジョブコーチです。それ以前から、精神障がい者が働くためには、就職した後まで支援が必要であると考えておりました。就職した方にはスタッフが同行したりして、定着できるまで支援をしておりました。その役割を果たすジョブコーチが制度として出来たので、職員の中で二人のジョブコーチを養成し、資格を取りました。現在は当法人のジョブコーチが就業・生活支援センターと一緒にジョブコーチ支援をしています。

【図表 3-2-3】

これは「こころや」という 2006（平成 18）年にできた直売所ですが、ここでは地域で生産される野菜・特産品等を販売しております。また、各作業所で作っている手作りの製品を販売するコーナーもございます。そして、その生産者さんが販売される野菜を使ったカフェも併設しています。

「こころや」に登録している生産者さんや取引をされている業者さんの数というのは、だいたい 170～180 人くらいです。



私たちとしては朝取りの野菜をその日のうちに販売するという形式を取っています。農家さんに毎日朝、新鮮なものを持ってきて頂き、それを販売します。朝 10 時開店ですが、8 時くらいになると、どんどん農家さんが軽トラックで野菜を持ってきて、利用者さんがお店に並べたり、ラベルを

貼ったりしています。

【図表 3-2-4】

農家の方が直接お店の方に持ってきていただくということが、常に利用者さんと生産者さん、それからお客さんが常に直接ふれあう大切な場になっています。



また、直売所で販売される野菜を利用したカフェメニューは、野菜中心のメニューで、大変評判が良くて、どちらかというと中高年の方に人気のあるメニューです。しかし野菜をたっぷり乗せたドライカレーは若い方たちにも喜ばれております。泉崎村というのは野菜がたくさん取れる地域なのですね。果物もほとんど一年中、絶えることがありません。その果物を使った手作りのゼリーや、それを織り込んだケーキをお店に置きますと、ほとんど毎日完売してしまいますね。

精神障がいの方は能力的にも高いのですが、作業所を利用する方の中には重度の方が多く、定着がすごく難しい方が多いように感じます。三日でやめてしまったとか、なかなか仕事が続かないということがあります。その解決は、常にスタッフは利用者さんの状態を把握したり、相談にのったりというところにも大変力を入れておりますので、安心して働くことができますし、安心して失敗することもできます。そのことが、安定して、それぞれの力を発揮すること繋がっています。

また、利用者さんはそれぞれ働ける時間が、一人一人違います。長く働ける人と、短時間しか働けない人がいますので、利用者さんによっては最初は二時間くらいから、ステップアップしながら長い時間働けるようになっていきます。

【図表 3-2-5】

また、作業能力も多様で、パソコンや計算能力の高い方もいらっしゃるし、お掃除をコツコツやってくれる方や、ラベルを出してくれる人もいます。そういう能力は、多様な作業種目があることで、作業を通してその機能が大変伸びてくるのですね。例えばラベルは生産者さん一人ひとりごとにバーコード番号がありますが、農家毎に全部記憶して、我々がやるよりも何倍も速くできる方もいます。こうして、利用者さんは商品の管理、発注、集荷など様々な、ほぼ全部の仕事を担当しております。



この直売所というのは新しい仕事を考えることができ、いろんな仕事に変化することができるのですね。直売所で売るだけではなくて、会社のお昼休みや近隣の団地などに出向いて出張販売をします。

【図表 3-2-6】

田舎の方は郊外に大型店がたくさんできたので、逆に町の中というのはほとんどシャッター通りになっているのです。町の中にはお年寄りや、遠くまで買い物に行けない方もおいでなので、その空き店舗を利用して、今のところ一週間に一回、そこで「にこにこや」という出張販売をしています。トラック一台分くらいの野菜や商品を持っていき、それを全部売り切っています。販売時間は5時間くらいで

一日の売り上げは、10万円売り上げる状況です。「にこにこや」にはお年寄りやそういった人たちが買いに来ます精神障がいの方は、穏やかで話しやすいし、人懐っこいところもあって、お年寄りの方

直売所&カフェ「こころや」は

- 地域で生産される野菜、特産品、の販売
- 直売所の野菜や調味料を利用したカフェメニュー
- 利用者は商品管理、発注、集荷などさまざまな仕事を担当している
- 団地や会社の昼休みに出張販売
- 空き店舗を利用した「にこにこや」
- 障がい者と消費者、生産者が直接ふれあう場

からも大変評判がいいのです。荷物をたくさん買ってしまった人には、お家まで届けてあげたり、声をこまめにかけてあげたり、お茶なども用意しておりますのでおしゃべりに来られる方もいます。今では地域の中では定着して、だんだん売り上げが伸びてきています。このお店も障がい者と消費者、生産者、いろんな方々が触れ合う場として良い機能をしています。

【図表 3-2-7】

「ころや」は、右図にあるこだわりを持った商品を取り扱い、売り上げは月に約 500～600 万円、一日の売り上げは約 15 万～20 万です。

「安心・安全・新鮮・おいしい」これは最近当たり前のようになれ、直売所ブームの中で奮闘しています。小規模な農家さんのなかでも無農薬で作っていたり、こだわりの農業をやっている方の「わかってくれる消費者の下へ届けたい」という気持ちと、精神障がい者の働く場としてのお店がうまくマッチしたのです。その上、一緒に仕事をしていくので、障がいに対する理解が生まれ、偏見もなくなり、当法人の利用者さんの一生懸命な姿を見て、それに協力して下さるのです。

ころやのこだわり

- 安心・安全・新鮮・おいしい
- できる限り添加物は使わない
- 生産者の顔が見える
- つながりのある商品だけを取り扱う
- その日のうちに消費するものを中心に
- 生産から消費まで循環型

【図表 3-2-8】

私たちが作るカフェメニューもなるべく添加物を使わないように工夫して作っていますので、口コミで広がってきております。納品業者は、信頼関係ある生産者の商品だけを販売しています。中には福島県以外のものもあります。例えば北海道の「べてるの家」の昆布³⁵や、沖縄の塩もあります。お客さんにしてみれば、どの商品の仕入れ業者も「ころや」とつながっていることが安心なのではないかなと思っています。



カフェお勧めの『**お野菜たっぷりドライカレー**』。
写真は黒米が入ったライスの上に、カレー味のひき肉とホクホクの温野菜がたっぷり！
(680円/大盛りは780円)



★新メニュー『**コロッケ定食**』。
なごみの家の心のこもったコロッケをメインに、この日は、素材の味を生かした野菜の煮物に、卵焼等に、コーヒーゼリーのデザートまで付いて、ワンコイン(500円)です！

私たちがもう一つの柱としているのが、地元で昔ながらのきちんとした製法で作られている味噌・醤油・砂糖・塩の販売です。食べ物の中で調味料というのは重要な役割をしているのですが、自然のアミノ酸をたっぷり含んでいて、うまみ成分を引き出してくれる調味料です。直接醸造元さんと取引をし、さらにこの成分は取ってくださいとか、これを入れてくださいとか、あと自分の農場で作った豆で味噌を作ってくださいとか、このようなお願いも聴いてくれる業者が多いので、オリジナルの商品を多く取り扱っています。安心・安全なものが「ころや」に行けば手に入ると知れ渡り、常連のお客様が多くなりました。生産から消費までの循環型というのは今後もテーマとして考えて、将来は更に発展したシステムにしたいと考えております。

³⁵ 社会福祉法人べてるの家：<http://urakawa-bethel.or.jp/>

北海道浦河町にある精神障がい者福祉サービス事業所。当事者活動で有名。

3. 新たな仕事の開拓

【図表 3-2-9】

「こころや」から新しい仕事を生み出しています。

「2. こころの取り組み」で紹介しました「なごみの家」は、新しい作業を導入するために、食品加工所に改築して、そこでお惣菜やお餅、おこわに漬物といったものを作っています。その中でもコロッケは大変評判が良くて、地元のお店の中の商品を全部作っております。原材料は、生産者さんから直接納入ですし、形の悪い野菜を無料で下さり、生産コストを低く抑えられます。

こころやから発生する新しい仕事

- 農業で収穫した作物は、お惣菜や調味料などに加工して販売
- 農場等への施設外就労
- 自社農場(平成21年)
- 農業(休耕農地活用事業)(平成22年)
- 加工場を作って生産活動を開始(23年度にA型事業)
- 里山再生プロジェクト(農業体験ツアー)

また、日頃「こころや」で農家の方と情報交換をしていますので、農家さんの繁忙期がわかります。繁忙期には、施設外就労を活用し、3～4人のグループで仕事に行く仕組みにしています。

農業関係では他に、昨年は農水省関係の休耕田活用事業というのをやりまして、荒れ地になってしまった休耕地を開拓して、新しい農場に生まれ変わるという事業も進め、昨年は一つ畑を増やしました。そこには麦を植え、今年も二つの農場を増やす予定です。

【図表 3-2-10】

更に、何処の地域でも起こっている課題だと思いますが、農家さんの高齢化は深刻で、子供たちは後を次ぐ気持ちがなく、廃業を検討されているところが結構多いです。「こころや」に良質の卵を降ろしてくれていた養鶏場が閉鎖するとお聞きし、そこを私たちの仕事にしようと相談の結果、昨年の一月から養鶏場も始めました。約2,000羽の鶏がいる本格的な養鶏農場ですから、試行錯誤しながら奮闘してやっているところです。この卵は全く農薬を使用しないともろこしや、貝とか、海藻・小魚など15種類ほどの材料を自社ブレンドして開発した餌を食べた卵なので、その鶏糞も活用して農業の肥料にし、有機栽培の農場を作りたいと今始まったところです。



福祉サービス事業も、A型事業所開設準備で、新しい加工施設を建設中です。この事業所では、現在はお店で販売分だけ製造していますが、今後は工場にして特産品として販売したいと考えております。

【図表 3-2-11】

地域活動では、里山再生プロジェクトに熱心な地元のお酒の醸造元と別の農業生産法人と一緒に取り組み、里山再生のツアーや、農業体験のツアーというものを年間行事として企画しております。そこでは誰もが自由に参加できるようにしておりますので、精神病院に入院されている患者さんも時々参加してきたりもします。それから都会のみなさんや農業体験に来るみなさん、外国人の方といったいろんな人たちが田植えをしたり、稲刈りをしたりなどの田舎交流のような事を通して啓発活動をしています。

みんなで、本気で、里山を考えよう！ 食と農を考える

[1] 休耕田活用と里山再生

[2] 障がい者の自立支援

[3] 体験による農業セラピー

[4] 料理酒米造り～農商工連携

参加員

- ・農業生産法人 (有) 白河園芸総合センター
- ・合名会社 大木代吉本店
- ・社会福祉法人こころん
- ・里山再生に賛同する方々との連携

4. 退院促進支援と地域生活支援を活用したMさんのストーリー

統合失調症で16年間入院していたMさんが退院して、就職するまでの支援経過です。

彼は、発病後家族との大きなトラブルがあり、ご家族から「二度と家には絶対に帰ってきてもらっては困る、一生入院していて欲しい」と言われていたようです。そして、そのまま16年も入院し続けた、その間に両親が亡くなったのです。

私たちの方からすれば、どこが病気なのかわからない、社会的入院でしかない印象を受けました。しかし、主治医も、病棟の方も過去のエピソードから「この方は絶対退院できない。」と、非常に消極的でした。本人も退院する意思がなかったのも、私たちはまず病院に出かけて「遊びにおいで」と働きかけ、病院からセンターに通い、同じ病気を持つ仲間といろいろなことを体験してもらいました。

徐々に自分の言葉で退院への希望を話すようになり、そこで本人の了解を得て、ご兄弟に「今では福祉サービスがあるので、家族にはそんなに負担をかけなくても暮らせますよ。」と具体的な支援内容を説明をして、退院につながりました。

とは言っても彼には返る家がありませんので、退院後はグループホームに住み、日中はセンターに通うことになったのです。

精神科病院に長期に入院している方の多くは、退院後に帰る場所というものが非常に重要になってくるわけです。そこでグループホームがあれば退院可能な人が沢山いると思います。

【図表 3-2-12】

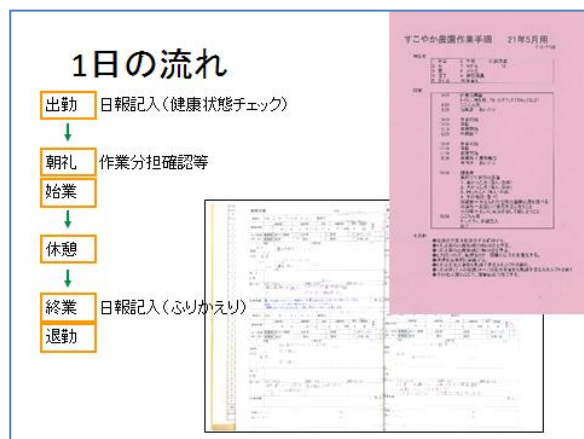
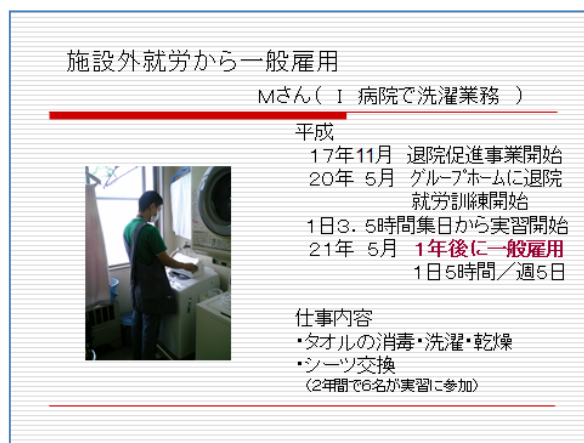
センターでは、得意なバレーボールをやりながら、楽しく過ごされていましたが、センターでの作業や行事等での彼の働きを見守っていると、彼には働く能力が高いと判断し、実際の職場で実習を通じて就労訓練を開始しました。

実習先は、同じ町にある総合病院の洗濯業務でした。彼は当初「私は16年も病院に入院していたのに、なんでまた病院に行かなければならないのか納得できない」と言われ、病院の中の仕事をするために行くのだと説明しました。

その病院の方にも協力していただき、実習が始まると彼はすぐに「仕事」と納得して、短時間からはじめ、現在は一日5時間、週5日との雇用契約で働いています。

【図表 3-2-13】

作業はタオルの消毒とか、洗濯とかシーツの交換など、今までナースが仕事の合間にやっていた仕事で、資格がなくても出来るものを切り出してもらいました。彼がその仕事を引き受けることで、ナースは他の業務に専念できるので喜ばれています。この仕事は業務委託を受け、何名かの方が実習をしたのですが、彼が一番最後まで残って就労に結びついた方です。彼に限らず就労移行支援を受けている方は、一人一人毎日日誌をつけていただき、担当スタッフはそれに対してコメントを付け、時には面談をして、記録を取っています。



5. 日中活動支援と就労支援の取り組み

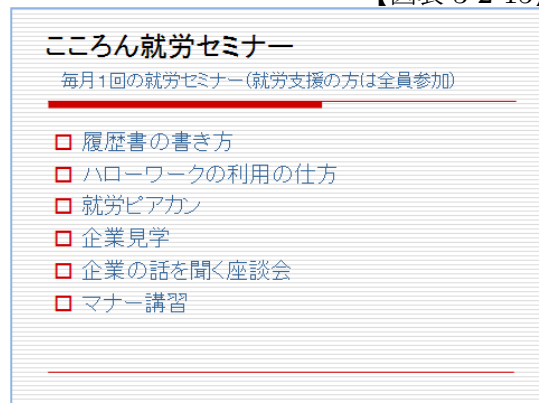
【図表 3-2-14】

来るだけでも大変だという方たちは、まずは通所出来るようになることが目標だったり、「働けといわれるのは嫌だ」「もう働くより生き甲斐を大切にしたい」と居場所を希望する方たちもあります。

それぞれの利用目的を大事にしていますが、黙々と作業をされているや、「働きたい」と願う方も多いため、就労移行支援事業では、就労セミナーなどのプログラムを通じて様々な働くための訓練をしております。



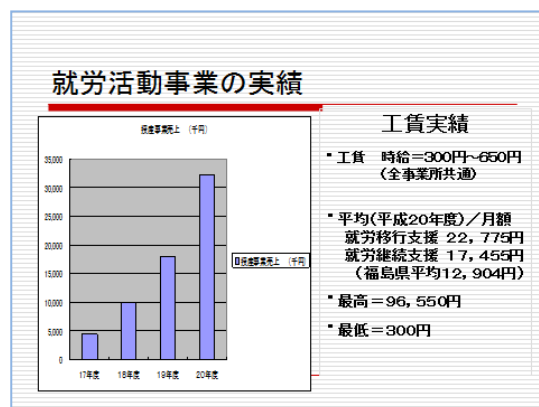
【図表 3-2-15】



【図表 3-2-16】

「こころん」の就労活動事業実績は、右図のとおりです。今は自給が 300～650 円で、月額が一人平均約 2 万円になっております。

まだ 10 万円を超える人はいないですが、多い人は約 8～9 万円になっております。就労移行支援もやっていますので、一般就労される方も増えております。



【図表 3-2-17】

他の事業所の方から聞いたお話では、就職してしまうと利用者さんが減ってしまい、報酬単価が下がって困るとお聞きすることがあります。「こころん」の場合は、次から次へと新しい方が利用されるので、そういう心配はありません。

就職者の状況		
年度	就職者	離職者
平成16年	1	
17年	3	
18年	4	1
19年	4	3
20年	5	2
21年	4	0
22年	2	0
合計	23	6

【図表 3-2-18】

利用者数が増えるのは、居場所だけで満足していた利用者さんが、仲間が徐々に活動的になっていくのを見て、「働くことは大変そうだけど楽しそうだ。」「収入が増えていく」と徐々に「働きたい」という気持ちがわき、徐々に意識や目標が変わっていくからだと思います。

また、彼らが地域に飛び出して、企業や農家の方と一緒に働くことによって、就労・就職の話も具体的にお話しがあったり、企業の方からも協力をしたいという方が多いことに気づかされました。「こころん」を開設して、本当に触れ合う場はすごく大事ななと思います。

事業の成果

- 働く意識が強まって来た
- 休みがちのひとが休まないで来れるようになった
- 地域連携が深まった(他の職種との連携)
- いろんな仕事に発展できる可能性がある
- 毎日おいしいものが食べられる
- 食の安全や環境、エコ活動などに関心のある人は、福祉にも理解ある人が多い
- 地域の偏見がなくなった
- 企業との関係が深まった(次のステップ＝一般就労へ)

【図表 3-2-19】

施設から一般就労へ

事業内容、意識の見直し	・ 障害者施設であっても、一般社会で通用するものでなければ受け入れられない。社会の中の一員として存在するのが当たり前であるという考え。 ・ 「施設」は「会社」であるという意識を持つ。(これまでの福祉には、福祉サービスの提供に重点を置かれていたため利益の追求はなじまなかった。) ・ 利用者の経済的自立のために収益を上げる。といった「目的」をまず施設全体で共有することが必要。
他の業種の利用している制度を活用	一般企業が利用している、商工会や、同友会、経営者向けのマナー講習会など、利用できる制度はたくさんある。一般企業が向けの事業に参加できれば、企業とのネットワークができ、その後の事業の進展や一般就労につながることもある。
利用者の力を信じる	・ 利用者は私たちと同じ人。能力は一人一人違って当たり前 ・ その人に合った働き方を考えてあげることが基本。 ・ 違いは個性。 ・ 支援体制が整えば一般就労も可能。

一般就労支援を通して感じるのですが、「こころん」を利用する精神障がい者の方たちの就労というものは、いきなり 8 時間働くのは難しい方が多いように感じています。

就労支援を始める前は、ほとんどの方が一般就労となるといきなりフルタイムから入るのですね。そうしてハローワークに行ったら就職を探してきても、数か月もしないうちに退職してしまう、あるいは解雇されてしまうのです。

生活支援センターやB型事業所や、最初は少ない時間から試用されるステップアップ雇用事業³⁶などを活用して長く働く仲間を見ていて、「徐々にやってみよう」と考えが変わってきます。

今では、一人で就労するより、支援を受けて働きたいという人が増え、それが長く定着する要因になっています。私共でジョブコーチをつけて就職した方はほぼ全員が定着して、まだ一人もやめていないのです。

やめられた方は全く支援を受けていないで、クローズで就職された方です。

ジョブコーチ³⁷制度というのは、精神障がいの方にとっては重要な制度なので、私たちはその制度を熟知し活用しなければいけないと思います。

【図表 3-2-20】

【障がいがあっても地域で働けるために I】

- 短時間から就労訓練
(21年度よりステップアップ雇用が制度化)
- ジョブコーチ支援(働いている人の支援)
- ハローワークとの連携(制度を活用して働くことにチャレンジ)
- 本人の思いを形にすることが支援者の仕事
- 安心できる環境を創る
- あきらめない

³⁶ 精神障害者ステップアップ雇用事業：ハローワークの紹介により精神障がい者を試行雇用した企業に対し奨励金を支給する事業で、就業時間は、週 10 時間以上 20 時間未満で適応状況等に応じて徐々に時間を延長し、週 20 時間以上を目指す。問い合わせ先は最寄りのハローワーク。

³⁷ 障がい者が自分の力に応じて 1 人で仕事ができるようになることを目的に、事業所にジョブコーチを派遣し、障がい者及び事業主に対して、雇用の前後を通じて障がい特性を踏まえた直接的、専門的な支援を実施。問い合わせ先は、各都道府県障害者職業センター

6. おわりに

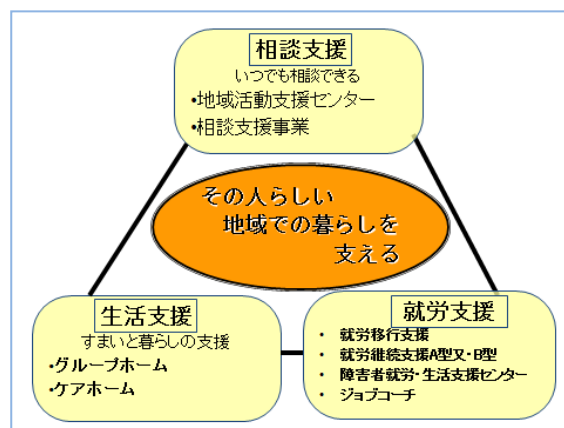
精神障がい者の支援は、あきらめないことと、長期的な生活全般を見据えた支援が大事だと思います。先にご紹介したMさんは、今年胃潰瘍になり、内科の病院に入院されて、手術をしたんです。今はもう元気になり復職されましたが、以前だったら、きっと仕事のストレスが大きすぎると判断されて、病院に戻った方がいいとか、就職は難しいのではないかという結論になったと思います。

お見舞いに行って、よくお話を聞いてみましたら、まだ働き始めて三年しか経っていないのに、それまでもらっていた年金が打ち切りになってしまったのです。入院中には「退院させるのは無理だ」と言った主治医が、「回復した」と年金診断書を書いてしまったらしいのです。

彼は去年アパートに移って一人暮らしを始めた所で、アパート代や日々の生活費で給与は無くなり、余裕が全くない状況に追い詰められたのです。働く意味がなくなってしまうわけです。どうしたらいいのかわからなくて、不安による眠れない日が続いて胃潰瘍になってしまったのです。そこで彼と一緒に不服申し立てをして、また年金がもらえるようになり、今ようやく安心して働けるようになったところなのです。

このようなときには、すぐにあきらめないで、何度でもいろんな方向から考えてみるのが大事です。精神障がい者の方たちがその人らしい生活、暮らし、働き方を実現するためには、生活の支援と就労の支援がバランスよく整っているところでなら、彼らは一生懸命自分の生活ができるのではないかと思います。

【図表 3-2-21】



働くということも、作業所で働くということもあると思いますが、今まで地域での普通の暮らしというものを夢みてきた方が、作業所で一生を送るというものやはり何か問題があると思いますので、失敗をしながらも、より一般の人に近い生活を支えてあげるのが私たちの仕事ではないかなと思うのです。

それには右図にあるバランスの良い支援というのが欠かせないのではないかなという風に思います。

10 数年前までは、全国どこでも、精神障がい者に対する偏見はとても厳しいものがあり、彼らはなるべく地域の人目に触れないような生活をしていました。地域住民や会社の方からは、精神障がい者とどのように接していいのかわからないとか、おっかないとか、危険だと言われていました。

今「こころん」を利用している約 100 名以上の方の多くは、利用するまではほとんどの方が自宅に引きこもり、通院するだけでひっそりと暮らしていました。

その実態を知り集える場所としてセンターを開所し、「働きたい」と希望する人の希望を実現するために、「こころや」を開設したのです。「こころや」で地域の人と触れ合うことによって、そこが精神障がい者の施設だということを知らないで来るお客さんがほとんどです。たまたまだったとしても、本当に自分たちがイメージしている精神障がい者と違うことに気がつくのです。日々の活動を通して、社会の中の偏見は大変少なくなったように実感しています。

「こころや」を窓口と言うか、出会う場所として、企業の方も会社の贈答用に使っていただいたり、お昼にスーツ姿のお客さんがランチを買いに来てくださることも多くなってきました。

そういうものがノーマライゼーションの社会づくりで、精神障がい者の人たちが地域の中で暮らせるとことは、お年寄りの方も遊びに来てくれるようになったり、私共のお店には大根を買いに来て、その後きゅうりを買って来て、一日に何度も買いに来る方がいて、安心していただける居場所というものが大事なのではないかなと思います。

そのことで本人も大きく変革していく。それがリハビリテーション、そしてノーマライゼーションを実現する、誰にとっても生活しやすい、安心して暮らせる社会の仕組みであり、生活なのではないかなと考えております。

ノーマライゼーションの実現

【すべての人々の社会づくり】

□リハビリテーション＝個人の人生を変革する手段

リハビリテーションとは障がい者が可能な限り、身体的、精神的、社会的及び経済的に最も適した機能水準を目指す

□ノーマライゼーション＝社会環境の改善

障がい者の同年代の健常人と同じ生活条件を提供する

障がい者も地域で生活するのが当たり前である

第3部 第2章 在宅者への訪問活動の取り組み

I. 千葉県市川市NPO法人ほっとハート市川の実践報告

特定非営利活動法人 ほっとハート
ほっとハート らいふ 管理者・サビ管
ほっとハートケアサービス 管理者
遠藤 紫乃

1. はじめに

最初に『障害者の自立をどう支えるか:精神障害者の理解と居宅生活支援（ホームヘルプ）』³⁸をご紹介します。この本をご紹介します理由は、私たちは居宅介護事業(以下「ホームヘルプ」という)から事業を始め、その現場のヘルパーたちと精神障がい者支援の知識を学ぶ中で、この本が現場の人たちの支援をする際に一番わかりやすく役立った本なのです。

精神障がい者の支援では、「なんで通所できなかつたり病院に行けなかつたり、いろいろできないのに遊びには行けるんだろう、自分の好きなことだけは何でできるんだろう。」と職員から良く質問が来るのです。この本には、その答えがたくさん載っています。

以下「障害者の自立をどう支えるか:精神障害者の理解と居宅生活支援（ホームヘルプ）へるす出版」よりその一節をご紹介します。

障害の基盤にある「敏感さ」と「気遣いのしすぎ」

統合失調症や慢性のうつ病の人は、周りから見ると一見どこも悪いところがないかのようにみえたりします。そのような人が外出できなかつたり仕事が長続きしないわけです。そうすると精神障害について知らない人は、意欲や気力が落ちているだけではないのかと考えがちです。そのため極端な場合は、こんなにぼんやりして何もする気がない時は、少々の励ましではダメだ、強い刺激を与えることによってやる気を引き出すことが出来るのだと勘違いしてしまいます。ところが統合失調症やうつ病の基盤にあるのは、このような誤解とは逆で、脳の働かせすぎから生じる問題といってもよい現象なのです。脳が破綻してしまうような状態が「具合が悪い」と呼ばれる状態なのです。ごく大雑把に言えば、統合失調症では脳が不安をキャッチする機能が強くなりすぎ「自分を脅かすものがあるのではないか」「自分が何か失敗して、そのために安全が損なわれるのではないか」と音や人の気配など周囲の刺激に過剰に神経が反応してしまうことが悪化の第一歩です。

つまり精神の障害は、一般的にその人の限界を超えた「神経の使いすぎ」ゆえに破綻をきたすのだといえます。その神経の使いすぎに走らせるものは「自分が人を傷つけているのではないか」「自分のことを人は変なやつだと思っているのではないか」「役立たずとバカにされているのではないか」といった、安心感のなさ、不安やあせりの気持ちや孤立感などからです。それにこのような気持ちはいろいろな出来事を経て作られて来たもので、残念ながらなかなか軽くないのです。

³⁸ へるす出版：本書は当初精神障がい者のホームヘルパー講習テキストとして発行されたが、2006(平成18)年障害者自立支援法施行に伴い改変された。定価 2,730 円

ストレス

精神障害は、成長していく途中で、脳の機能が精神疾患のために一部障害されてしまうわけです。したがって、この障害には「喪失」の感覚が伴います。かつて出来たことが今は出来ないという痛みがそこにあるわけです。

またこの障害の契機となるもの、つまり脳に過剰な負荷をかけすぎるものは、いわゆる「ストレス」、それも対人関係にまつわる深刻な状況で、自尊心や安心感をひどく傷つけられるような出来事である場合が多々あるように思われます。この時の辛さは発症後も似たような体験をすれば繰り返されるようで、対人関係にはどうしても敏感になる方が多いようです。

出来ること出来ないこと

精神障害の場合、脳の機能の中でも精神疾患に侵されていない領域、たとえば読み書き・計算の能力や一般的な理解力、状況の把握力、抽象的な思考の能力などは、一定の条件の下では十分に機能します。

たとえば、不安や妄想が酷い時は人と十分に話が出来ない人でも、気持ちが落ち着けば話している内容が理解できるのです。

一見無気力で何もしておらず、問いかけにもなかなか反応が返ってこないような人でも、自分が行きたいと思う喫茶店には行くことが出来るのです。

つまり、安心感や自分の興味の存在、あるいは希望の感覚があることが、能力が発揮される時の前提条件としてあるのです。

予測だけで何もできないと決めつけるのではなく、できていることと困難なことを見極めて、できるところはこれからも伸ばし、できないところは補うといった援助の姿勢が重要です。

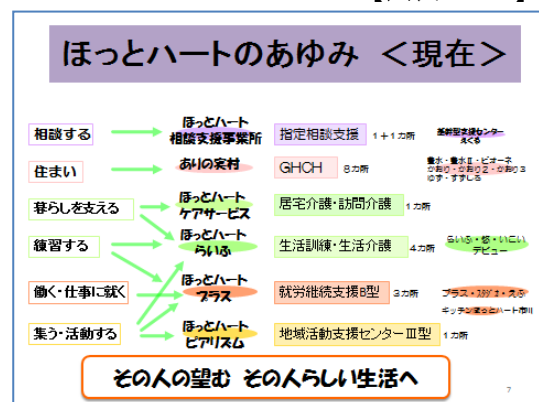
2. NPO法人ほっとハートのご紹介

【図表 3-3-1】

ほっとハートは、地域で在宅している精神障がい者を主たる支援対象として、その人の望む、その人らしい生活を地域でサポートさせていただいています。私の所属する事業所は、ほっとハートケアサービスとほっとハートライフを利用する人のうち、約9割の人が市川で一人暮らしをしております。

ほっとハートらいふなは定員が37名です。中途半端な定員は、一人当たり3.3㎡の場所が必要で、市川では大きい建物が一件で借りられないので、写真のように4つに分けて借りたのです。それでもやっぱり40名定員は取れずに、中途半端な37名にせざるを得ませんでした。

管理者とサビ官が私で、生活支援員が14名、ドライバーさんが1名です。14名という多くよ



うですが、ほとんどの職員は他の事業の兼務をしています。私は精神保健福祉士と介護福祉士と社会福祉士資格を持っています。

【図表 3-3-2】

ほっとハートは、福祉の大学を出て専門職の採用というのはここ最近ようやく始まったばかりで、8割が転職組です。一般の会社員だった人が転職してきたとか、主婦の方がお弁当作ってみたいと声をかけられて、知らぬ間にほっとハートでお弁当を作っていたら、それが面白くて資格を取ったという感じです。

らいふの職員も、精神の勉強をしてきた方は少なく、精神障がい者のことを知らないために、「どういう人なんだろうか」「大丈夫なんだろうか」と最初みんなすごく不安だったんですね。でも実際に支援してみると、「なんだ、皆さん私たちと変わらないんですね。」と皆さん言っています。

最初は、通所どころか家の外にも出ることができなかった方が、生活訓練と介護の支援を受けることで、利用者の皆さんが普通に通所できるようになった理由は簡単で、みんなにとって通所することが居心地がよくて、安心できて、安全で、来ると楽しくって、友達ができる場所だからです。

生活訓練は二年間という標準利用期間が決まっています。その期間内に、利用者の望みを実現するには、地域でアセスメントをして、「今後どのように暮らしたいのか、よりよい人生にするためにはどうしたら良いのか」、ということがもちろん大前提としてはありますが、どんなにすばらしい理念があっても、楽しく無ければみんな来ないんですね。

生活訓練場面の写真です。ほとんどの事業所が普通の一軒家を借りて事業を行っています。上段のらいふでは、生活訓練と生活介護を一階と二階に分けてやっています。ここで、送迎をつけて一緒に買い物に行ったり、料理をしたり、おやつを作ったりしています。

【図表 3-3-4】

【図表 3-3-5】



ほっとハート らいふ 概要
(多機能型自立訓練(生活訓練)・生活介護事業所)

- 定員 37名(生活訓練20名、生活介護17名)
- 職員 管理者・サービス管理責任者 1名
生活支援員 14名、ドライバー 1名
- 利用者 35名
内、訪問による支援 8名(訪問のみ利用 4人)

ほっとハート らいふ:職員の資格

管理者・サビ管理 遠藤 精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士
生活支援員 PSW 3名、社会福祉士 1名、介護福祉士 3名
ヘルパー 6名、資格無し 2名

【図表 3-3-3】

生活訓練・介護の利用者は、生活保護を受給している独居の人がほとんど。行く意味、メリットがなければ誰も来ない。では彼らの通所のメリットとは？

- ・美味しい食事がとれる(安い値段で)
- ・居場所が出来る。友達が出来る(人生で初めて友達が出来た)
- ・困ったことを相談出来る(利用者同士や職員に)
- ・一人では行けないうところにいける(レクなどで。)
- ・自分の進歩が分かる。達成感が得られる。(個別支援計画の達成、電車に乗れる、一人で外出出来る、昼夜逆転がなくなる...etc)

通所先は自分にとって安心のできる、安全で居心地のいい場所。いろんな問題は起こるが、それでも来ると楽しいから通所してくる。でもそうなるまでは職員の適切な介入と、こちらからの利用者のプラス面(ストレングス)を捉えた働きかけが必要。数ヵ月かかるか？！

デビューは、生活訓練の中でも、主に発達障がいをお持ちで、集団のサービスになじめない方たちの個別の対応として使っています。職員がマンツーマンで週 2 回とか 3 回とか関わっています。だから一軒家なのだけれども、利用者さんはその時一人しか来ません。

悠という生活訓練のもう一つの場所です。悠は生活介護の事業所です。どの物件も民間住宅で、写真にあるようにサザエさんのお家みたいな感じです。

【図表 3-3-6】

【図表 3-3-7】



【図表 3-3-10】

もう 1 カ所、居宅介護事業所「ほっとハートケアサービス」があります。

このケアサービスのホームヘルプ事業が元になって、訪問による生活訓練の支援というところにつながったのです。

ここでは介護福祉士がいますが、ほっとハートのホームヘルプは、精神障がい者の家事援助を中心としています。しかし、ヘルパーで支援に入るといろいろな疑問を感じます。ペットの世話はできないし、脚立とか椅子に乗らなければならないような電球の傘とかは拭いてはいけません。もちろん換気扇も掃除してはいけないし、窓ガラスも拭いちゃいけないし、なんでそんなに細かくやっていいこととやってはいけないことが分けてあるのか、疑問もたくさんあり、反面ヘルパーでは対応できないこともありました。

ほっとハートケアサービス		
・管理者	1名	遠藤
・サービス提供責任者	2名	(介護福祉士)
・介護福祉士	4名	
・ホームヘルパー	9名	(精神保健福祉士2名)
利用者数	居宅介護事業	28名
	訪問介護事業	7名
	計	35名
		(H22,10,1現在)

3. 訪問による生活訓練の具体的な支援内容

① Aさんの支援経過

【図表 3-3-11】

右図の方は、うつ病で無気力になり、4年間ひきこもりでした。

通院の日ヘルパーが入り、「病院に行きましょう」と言っても、「おなかの痛みです。」とか、「頭が痛みです、めまいがします。」それでもなんとか食い下がると、「下痢がひどくてトイレから離れられません。」と、全く通院できませんでした。

三か月ごとに、障がい者支援課の方と福祉事務所の方が、「次の受診同行は、私たちも行きます。」となります。この時は、本人が「行けません。」という、3人くらいで両脇を抱えて、福祉事務所が用意した車に乗せ、クリニックに連れて行っていました。

娘さんと同居していたのですが、カレーとしょうが焼きとネギトロ、だいたい三種類くらいのローテーションで、娘さんの分の食事をいつも作っていました。でも、自分の食事はお菓子とかで済ませていました。入浴もできなくて、髪もフケだらけで、口臭がして、爪も漫画に出てくる魔女みたいに長く伸び、生気がなくて、体臭はホームヘルプで部屋に入った時に気分が悪くなるくらい独特の臭いが部屋に充満しているお宅でした。

娘さんとも会話がなくて、他に話す相手もなく、唯一ヘルパーとだけ会話していました。娘さんは高校卒業後に大学に行きたいとの希望で独立したので、Aさんも転居し一人暮らしになるとますます食事を作らなくなり、毎日お菓子や菓子パンで済ましていました。

Aさん 50代 女性 うつ病で無気力（4年間ひきこもり）
サービス開始当初
・通院出来ない。ヘルパー同行で通院を予定していても、当日「お腹が痛い」「頭が痛い」「めまいがする」「下痢がひどく外出は出来ない」と通院を拒否。そのため3ヵ月に1度位、福祉事務所、障害者支援課、ヘルパーで強制的に車に乗せて連れて行き受診。服薬も・・・？眠剤を飲んで眠れないと訴える。 ・自分の食事はお菓子などで済ませる。娘の分は3種類位のメニューをローテーションで。 ・入浴がなかなか出来ず、髪はふけだらけ。口臭も、爪は魔女のように伸び、生気がない。 ・以前からの友達とも疎遠になり誰とも付き合いがなく、話す相手はヘルパーだけ。 ・娘とはほとんど会話がない。 ・娘が高校を卒業し独立、Aさんもワンルームマンションに転居。 ・転居の荷物もそのまま手つかず。何も出来ない。 ・一人暮らしになり食事は全く作らないように。お菓子屋や菓子パンですませる毎日。

【図表 3-3-12】

そんなAさんの4年後です。関わっている相談支援専門員から、就職が決まりましたと連絡が来ました。一般の会社に障害者雇用枠で就職が決まったそうです。また、この方の念願だった娘さんとの同居ができるようになりました。友達ができて、一緒にその人と買い物に行ったり、食事に行ったり、もともと学校のお知り合いだったり、地域のお知り合いだった人との交流が復活したり、町内会の旅行にも参加して、地域の人ともまたつながりができたとおっしゃっています。

うつ病でひきこもっていて、お風呂も入らない、頭も洗わないAさんが変わった理由です。

ヘルパーは買い物をしたり、通院の同行などの支援をしていましたが、Aさんのお話をじっくり

Aさんの4年後
一般の会社にオープンで就職が決まった！念願だった娘との同居が出来るように。友達ができて、一緒に食事に行ったり、買い物に行ったり。以前からの知り合いだった人とも交流が復活。町内会の旅行にも参加したりと地域の人たちともつながりができた。
何故 Aさんは変わったのか？
・ヘルパーの「決まったことしか出来ない支援」ではAさんのニーズは満たせないとのアセスメントのもと、生活訓練の訪問を導入。 ・「ただ話を聞く」「Aさんの希望（何でもOK）に付き合い、何でも一緒にやってみる」を実行 ・訪問する職員の年代を変更。今までの30代から60代に。しかも一人を固定に。 ・ある時まろまろ涙を流しながら、今までの辛さを支援員に吐露。それ以降明らかに変化が。通院もその支援員と一緒に出来るようになった。 ・この4年間、いろいろ考えながらも出来なかったことを、支援員と一緒に少しずつ始めた。通院時、DHC「春が来たね。雪どけだね。」と言われる。 ・生活訓練を卒業し、就労継続B型事業所に登録。販売の仕事始める。 ・就職口向け、資格を取るためにPC教室へ行きスキルを身につけた。 ・Aさんの一貫した、一番の希望は・・・。また息子と一緒に住みたい。（そのため口は生活保護から抜け出し自分で働いてお金を稼がなきゃ！） ・うつ病になってから、もとの生活に戻るまで8年！！精神障害者の支援は時間がかかる。でも必ずリカバリーする。

伺うことを大事にしていました。話しをお聞きするうちに、「この方のニーズは買い物をしてくれるとか、病院に一緒に行ってくれるとか、そういうことではない」と思ったんですね。

同時期にほんとハートが訪問型の生活訓練モデル事業を受託したので、ヘルパーを中断して、ご自宅に訪問してはただお話しを伺う。聴くということを重ねました。訪問を重ね、本人から出てきた要望を聞いて、徐々に何でも一緒にやってみるということをしました。このモデル事業は、ケアマネジメントに基づくチーム支援による訪問と位置づけていたので、三人のヘルパーでローテーションを組みました。

余談ですが、重要なポイントとして、当初のヘルパーは30代でしたが、自分と同年代の女性は苦手のようなのでした。「自分は病気になって、子育てもつまずいてこんななのに、ヘルパーたちは仕事もして、子育ても順調で、みんな幸せそうでうらやましい」っておっしゃる方が意外と多いんです。そこで、この方の主担当を60代のお母さん世代の職員に変えてみました。

その方が丁寧に、週に二回とか三回とかお伺いして、お話を聞くようにしました。信頼関係が出来たなと思うある時、本当に涙をボロボロ流しながら「今までこんなにつらかった」、「こんなに大変だった」、「ずっと死にたかった。でも子供がいるから死ねないとずっと思いとどまってきた」ということを、泣きながらお話になったそうです。それ以降、明らかな変化がありました。通院もその支援員と一緒にいけるようになりました。

そして、引きこもっていた4年間にできなかったこと「本当は銀行に行ってこの手続きをしたかった」とか、「郵便局に行ってこれをやりたかった」とか、「こういうものが買いたかった」とか、「家のこういうところを直したかった」とか、そういうやりたくてもできなかったことを、少しずつ一緒に始めました。

その経過を積み重ねながら、ある時通院時に先生に、「春が来たね。雪解けだね。」と言われ、その時に、「ああ自分は本当に良くなったんだ」と実感したそうです。

その後は生活訓練を卒業して、就労継続のB型の事業所に通えるようになり、そこで販売の仕事を始め、順調に続けたのです。そして、就労に向けて資格を取りたいとパソコン教室に行き、スキルを身につけました。この方の最初からの一貫した希望は、「大学に行った娘さんとまた一緒に暮らしたい。」「結婚したらもう二度と一緒に住めないから、彼女が大学を出て、働いている何年かだけでも一緒に暮らしたい」と。「でもそのためには生活保護では一緒に住めない。だから生活保護から抜け出したいんです」とおっしゃっていました。就職が決まったことで、その念願がかなって、本人が一番嬉しいと思います。

この方はうつ病になってから、就職が決まるまで、自分で希望した生活に戻るまで8年かかっています。最初の4年くらいホームヘルプで支援に入り、全く変化がないときは、ヘルパーたちもすごく落胆するのです。私たちのやっていることってなんだろう。何の役に立っているんだろう。買い物の代行だけして、これはいったい彼女のためになっているんだろうか。その時だけ見ていると自分たちのやっていることが本当にプラスになっているかわからなくなります。

しかし、振り返ってみると、あの丁寧に話しをお聞きする4年があったから次に行けたんだなと思っています。精神障がい者の支援って本当に時間がかかるのだなと実感した方です。

② Gさんの支援経過

【図表 3-3-13】

Gさんは若い男性の方で、ずっとひきこもりでした。

病識がないため、通院は不安定で、ほとんど通院も服薬もしていないし、お母さんが地域で誰かとつながらなきやとか、誰かとやっぱり関わらなきやと言っても、どこにも行けずにいました。しかし、ヘルパーが自宅に来るのは拒みませんでした。だからと言って別に待っているわけでもなく、ヘルパーがインターホンを押しても出てくることは無く、返事がないから「入りますよ」と言って入

っていました。出かけていていないことも多かったです。家にいたとしても、ヘルパーとは顔を会わせなくて、掃除をするときも布団と枕を持って隣の部屋に移動したり、ヘルパーが部屋の掃除をし終わるとまた戻ってきて、そこで寝ている感じで、顔を合わせないようにされていました。陰性症状が強いときは部屋に引きこもっているのですが、不安が高じるとじっとしていらなくなり、1時間の間に三回も四回も部屋を出たり入ったりする方でした。

支援を始めて3年。最初はヘルパー同行で通院できるようになり、今はヘルパーを卒業して一人で通院しています。

服薬も一日一回きちんと行っています。引きこもりで人とかかわれなかったのに、今は通所先に毎日通っています。ヘルパーに入ると、全部お任せだった掃除洗濯を、調子がいい時は自分でやれるようになりました。

今はヘルパーを中止していて、ご本人は自分の家のことなので、自分でどこまでできるかやってみないと、徐々にヘルパーの回数を減らし、中止期間を設けています。前は2週間くらいだった間隔が、今は2か月くらい中止しています。二か月ヘルパー無しで自分で暮らしているんです。

彼は、ヘルパーが訪問して話をしてくれるようになるまでに1年くらいかかっています。そして、そこから外出するまでは1年かかっています。

彼は、毎週毎週2～3人の同じヘルパーの支援を受けるうちに、徐々に徐々に信頼関係を築くことができたのです。じっくり付き合うことでしか関係はなかなか築けないし、話せるチャンスをうかがって本人の話をお聴きし、最初に関係を築いてしまえば、次が見えてくるのではないかと考えています。ヘルパーと信頼関係もでき、「通所してみましよう」という話になった時、彼の希望する通所先がありませんでした。そこで、モデル事業終了後に生活訓練の通所を作りました。

Gさん 20代 男性 統合失調症（ひきこもり）

南の方の出身、数年前より市川市で一人暮らしを始める。

サービス開始当初

- ・病識が無いため通院は不安定。服薬もしない。日中活動には参加せず、自宅に引きこもる。だが唯一ホームヘルプサービスだけは拒否せず利用した。
- ・しかしヘルパーが訪問してドアをノックしても出て来ない。鍵は常に開いているので、声をかけ入室。
- ・自室にこもりヘルパーとは顔を合わさず。
- ・自室の掃除をヘルパーが行く時は布団と枕を持ち隣の部屋へ移動し、掃除が終わるとまた自室に戻る。
- ・ケア終了時、印鑑を押してもらうため声をかけるが、出て来ない時も多い。
- ・訪問しても居ないことも多い。さらにケア時に突然出かけてしまうことがある。

【図表 3-3-14】

～Gさんの3年後～

- 通院、服薬はきちんと行っている。
- 毎日毎日通所先(生活訓練)へ通っている。
- ホームヘルプに入ると、掃除、洗濯など調子がいい時は自分ですでに終わらせていた。
- 時間があると「今日は〇〇についてお話ししたいんですけど」と言い、ヘルパーと話すのを楽しんでいた。
- 現在は、自分の家のことは自分でやってみたくヘルパーは休止中。
- 調子が悪くなったらまたヘルパーさん、お願いしますと言っている。

何故 Gさんは変わったのか？

- 話をしてくれるようになるまで約1年。
- 外に出て人と関わるようになるまで、それからさらに約1年。
- まずは人(ヘルパー)との信頼関係を築くことが一番大切。
- 話せる関係性が築けたら、きちんと本人と話し合う。
- ヘルパーが通所へ誘うひきこもりの人たちのために生活訓練、ほっと一休を開設。
- 指定相談支援事業所(ケアマネ)の存在。
- 出来ること、出来ないこと、税金を使ったサービスであることを理解。その上で、本人の自己決定。
- 通所につながるまで2年！！精神障害者の支援は時間がかかる。

重要なことは、指定相談支援所のケアマネさんがこの方のケースでは途中から関わるようになって、その存在もすごく大きいです。後はご本人と話す中で、できる事できない事、ホームヘルプサービスも通所も税金を使ったサービスであるということをきちんと説明しています。その所はきちんと話せばみんな理解してくれます。通所につながるまで二年かかりましたが、そこから彼は友達ができて、今はメールでやり取りしたりとか、電話をしたりとか、ずいぶん通所先でいろんな人と付き合えるようになっていきます。

③ Hさんの支援経過

【図表 3-3-15】

Hさんは 60 代の男性の方です。30 年余り入院していて、掃除も洗濯も何もできないでした。就職後一年くらいで発症し、その後入院しているので、自分で家事をはじめ社会経験がないからできないのです。最初は社会性も低く、一日 30 回以上の頻回電話があるし、いきなり「〇〇さんいる？」という電話がかかってきたんです。「はい、どちら様ですか？何の御用ですか？」というところから始めて、一年ぐらいたったらちゃんと、「Hですけども〇〇さんいますか？」と言ってくれるようになりました。

4 年後の彼は、ヘルパーは調理だけして、後は助言すれば、トイレ掃除とか洗濯とか、全部自分でやれるようになりました。電話も多くて日に 3～4 回でたいていの場合には用件だけで終わるようになりました。「お忙しいところすみませんでした」とか、「お話を聞いてくれてありがとう」とか、言えるようになり、人ってすごいなと思います。内科の病気があり、65 歳になったら施設に入ると自分で決め、63 歳過ぎから着々と準備をされ、今は養護施設に入り、時々報告の電話がかかってきます。

【図表 3-3-16】

Hさんの転機は、新人ヘルパーが彼を変えるきっかけを作ったのです。

当初の彼は、掃除・洗濯・調理と支援回数も種類も多かったのです。ベテランのヘルパーは、手早く仕事をこなせるけども、初心者ヘルパーが彼の担当になり、仕事が時間内になかなか終わらなかったんです。それで焦って「ゴミ、ゴミ。」ってヘルパーがつぶやいていると、Hさんは「ゴミ捨てるの？」と言ってゴミを捨てに行ってくれたり、「ああ、時間が、掃除が」というと、「どこせばいいね？」と邪魔なものをどかせてくれて、そのヘルパーが入ると、どんどん手伝うようになったのです。

Hさん 60代 男性 統合失調症 (長期入院、生活スキルが低い、頻回電話)
30年以上、精神科病院に入院。退院と同時にホームヘルプを導入。 サービス開始当初 ・調理、洗濯、掃除などの家事は何も出来ない。(やったことがない) ・頻回電話。1日に30回以上。1回の電話で1時間以上の訴え。時間も気にせず、自分の都合で何時にでもかけてくる。いきなり「〇〇さんいる？」と。 ・ヘルパーの仕事が多く、(買い物、調理[4種類×6食分]、コインランドリーで洗濯、乾燥、部屋掃除、トイレ掃除)1.5時間のケアでは終わらず、2時間のケアに変更。
～Hさんの4年後+α～
●部屋の掃除、トイレ掃除、洗濯(洗濯機を購入)は自分でしている。ヘルパーは調理のみ。(買い物と一緒にやっている。) ●電話はあまりかかって来なくなった。かかって来る日は3,4回。しかしたいていの場合には要件のみ。きちんと「Hですが、〇〇さんいますか？」と言い、「お忙しいところすみませんでした」「話聞いてくれてありがとう」とこちらを気遣う言葉をかけてくれるように。 ●その後65歳になったら施設に入所すると自分で決め、着々と準備。 ●現在、養護施設に入所。時々報告の電話がかかってくる。

何故Hさんは変わったのか？
●新人ヘルパーが彼を変えるきっかけになった？！エンパワメント&リカバリー ●障害特性に合った声かけの仕方。 ●もともと持っている力を信じる。ストレングス ●人は幾つになっても成長出来る。 ●精神障害者の支援は時間がかかる。
Hさんが利用していた制度外サービス ～福祉サービスだけでは支えられなかったHさんの地域生活～
年末の大掃除 電球の傘を吊りて欲しい！ →「星の数ほどあなたに」 (※千葉県の単独事業、制度内で出来ないことでも出来る自費サービス)を利用 カラオケに行ってみよう！ →年始に新年会(カラオケ大会) お雑煮が食べたい！(ヘルパーは、特別食は作れない) →年始の新年会で雑煮を出す 救急車を呼んだものの…。引き取り人がいないと搬送出来ない！ →自費サービスを利用

初心者のヘルパーがその状況を支援者会議で報告し「すいません、私が終わらないばかりに。」と謝ったのですが、「すばらしいじゃない。だって自分の家なんだもん、できる事やってもらった方がいいじゃない。」とみんなで歩調を合わせ、できる事をやってもらううちにだんだんそれが自分の仕事みたいになったのです。「ありがとう。手伝ってくれて助かります。」と言っていると、どんどん手伝ってくれるようになり、「自分でできるんだ」って気が付いたのですね。

そして、「調理だけでいいよ」と途中で言われたわけです。そんな形で新人ヘルパーのナイスな働きで、彼がどんどんいろんなことができるようになっていきました

障がい特性にあった声のかけ方は大事です。彼は統合失調症ですが、アスペルガーの疑いもあるのです。数字とかに極端に強いし、興味があるのですね。電話の回数がなかなか減らず、何十回もかかってきたら仕事にならないので、一日三回だけにして下さいと言ったんです。でもなかなか守れないので、ある時に、「Hさんが私に三回電話をするじゃない？うちの利用者さん 30 人みんなが私に三回ずつ電話をしたら、私は何回電話を取るでしょう？」と言ったら、瞬時に「大変だね。」と言ったのです。「そうなんです、大変なんです。だから三回にしてください」と言ったら、「わかったよ」と言って、それから守ってくれるようになりました。そのうち約束の三回も、用が無かったらかかってこなくなり、一週間かかってこない日が続いたり、地域生活に慣れてくると、他に関心事が増えていつでも人に電話して助けを求めなくなってくるんです。

彼から教えられたのは、若いから成長できるわけじゃなくて、いくつになっても人って成長できるんだなということです。ただ精神障がいの人の支援はやっぱ時間がかかります。

4. ヘルパーが感じた疑問点とその対応～実践から～

実際にヘルパーで訪問して私が感じたことを、疑問点だけではなくて、どういう風に対応したかということについてふれます。

① Bさんへの疑問点と対応

Bさんは、右図に転換性障がいとありますが、睡眠障がい的一种(ナルコレプシー³⁹⁾で、本人は眠る意思がないのに、ある時パタンと眠ってしまう。仕事中でも、調理中で火を使っているときでも眠ってしまって、火事になっては大変と本人はすごく心配していました。

彼は、山のような買い物と、調理、掃除と一時間半の中でフルに支援を求めてきました。私は、作業所に通所しているので、作業所の帰りに自分で買い物をしてくれば良いのにといつも思っていたんです。

ところが、訪問していると本当にばたっと倒れるんですね。しかし、訪問を重ねるうちに、チームで支援していますから、人によって倒れる頻度が違うことに気がつきました。私が訪問しているときにはめったに倒れないんです。「大丈夫ですか？」と心配してくれるヘルパーの時にはバタバタ倒れるのです。そこで、チームで統一した支援に切り替え「自分でできることは自分でやってください」と彼と話し合いました。結果は、ご自分で出来るようになりました。

【図表 3-3-17】

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

② Bさん 20代 男性 転換性障害 発達障害

一人暮らし。買い物が大量。2ℓのペットボトル4本、500mlのペットボトル6本、米、野菜、お菓子等1回の買い物が大量。自分で作業所に行く時に買えないの…？

- 自分で買って来て下さい！って言ってOK
- ヘルパーが言えないならサービス提供責任者やケアマネ（相談支援専門員）や、行政の人に言ってもらいましょう。
- 制度で出来ないことは出来ないと言おう！

³⁹ 日中の活動時に突然生じる抗しがたい眠気のために居眠りを繰り返す病気。

ヘルパーという立場で訪問していると、直接支援なので関係性が悪くなったらと思うと言えない事等もいっぱいあります。そういう時はサービス提供責任者や、ケアマネさん、自立支援法の中では相談支援専門員の人とか、ご本人を知っている行政の人等に間に入って言ってもらうようにしました。制度でできないことはきちんと本人にもできないと伝えていいと思っています。

② Dさんへの支援と対応

【図表 3-3-18】

Dさんの家は、まるでゴミ屋敷で、中に入ると足の踏み場もない状況でした。そういう家に入る時は、いろいろ工夫が必要です。長袖を着ても綿は虫を通すので、雨合羽の上下を着て、その上から長袖を着ると虫を通さないとわかって、この方の家に入る時にヘルパーたちはみんなそうしていました。この方の家に訪問して、布団をあげようとしたら、布団と言っても板と張り付いていて、ベリベリといって剥げるんですよ。板が布団に引っ付い

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

④ Dさん 50代 男性 統合失調症
一人暮らし。ゴミ屋敷&虫屋敷…。その中で毎回お弁当？それより部屋の掃除がしたいんです！（でも主食はどらやき）
入浴は2年間していない。手の先はいつも…。
大家さんは、酷い人？！

- ・最初の2年間は関係作り
- ・関係者会議開催に半年
- ・ヘルパーを交代性に
- ・入浴の為、生活訓練（個別対応）に
- ・大家の呪縛から解放！
- ・ガスが使える家に引っ越し、温かい食事がとれるように
- ・生活訓練で他の利用者と一緒に
- ・生活介護に

てくるようなお家でした。最初の二年間は虫たちがよってくる中、お弁当を食べる彼とずっとお話していたんです。本当にそれだけでした。二年間が過ぎて、そろそろ関係者会議をやりましょうとご本人に提案し、その半年後の関係者会議からちょっとずつ支援を変えて、今まで一人しか受け入れていなかったヘルパーを交代性にしました。お家にお風呂もガスもなかったのも、生活訓練に来てお風呂に入りませんか、通所の利用者さんが帰った後に送迎してお風呂に入ってもらっていました。

余りにもひどい家なので、その後ご本人に引っ越しの提案をして、了解を貰いました。生活保護の引っ越しは手続きが面倒なのですが、関係者会議でスムーズに進みました。

この方は、小さい目標をステップバイステップで越えられそうな目標を一つ立てて、それを越えることによって自信をつけ、今は生活訓練を他の利用者さんと通えるようになりました。ときどき情緒不安定で、部屋の隅で号泣していることもあります。利用者さんたちが、号泣している彼を暖かく包み込むように、他の方たちは何事もないかのように談笑とかしているんです。そんな侵襲性の低い環境なので彼も通えたのです。今は彼と話し合い、生活介護を利用し、アパートで暮らしています。

③ Eさんへの疑問点と対応

【図表 3-3-19】

Eさんは、ヘビースモーカーで、3分に一本くらいタバコを吸うので、ホームヘルプで彼の部屋に入っただけで頭は痛くなるし、出てくるころには全身タバコ臭くなっていたんです。基本的に支援中は禁煙ですし、飲食も禁止にしているのですが、私がヘルパーに入った時はタバコを吸っていたのです。ご本人に、ホームヘルプの際のルールが伝わっていなかったのです。そこで、私がサービス提供責任者になった時に、Eさんにもう一回契約書をお見せし「支援中はタバコを吸わないで、その代り何かできる事を一緒にやってみませんか」とお話をしました。

「ゴミだけ捨ててください。」と言うとゴミだけ捨てるようになり、ゴミが無くなったならテーブルの上が拭けそうだったので、「テーブル拭いてもらえませんか。」とやってテーブルを拭いてもらえる

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

⑤ Eさん 40代 女性 統合失調症
一人暮らし。ヘビースモーカー。私は煙草の煙でずっと肺がんで死ぬに違いない！

- ・ケア中は飲食、喫煙は禁止ですと説明。
- ・ヘルパーが働いている時は、Eさんも出来ることを一緒にやって下さいと伝える。
- ・何でもいいんです。ゴミを捨てるとか、テーブルの上を拭くとか、洗濯機のボタン押すとか、浴槽の栓を抜くとかで。

ようになりました。洗濯も全部ヘルパーがやっていたのですが、「スイッチだけ押してくれませんか。」となり、次には「じゃあ自分のパンツだけでも干してくれませんか。」次はバスタオルと、ちょっとずつですが、できるようになっていくのです。お風呂の掃除はできないけれども、ヘルパーが来る前にお風呂の栓だけは抜いてくれるようになったり、私達がちゃんと働きかけて、本人が出来るようにお話をしたら、どんどんできることが増えていくのです。私たちが彼の役割を考えることが一番大切だと思うんです。言ってもわからないとか、言ってもどうせ無理だとか、精神の人だから何もできないと思って何の働きかけもしないと、できないままなのが当たり前だと思い、私たち支援者が彼の能力を奪ってしまうのです。

④ Fさんへの疑問点と対応

【図表 3-3-20】

Fさんは小学校のお子さんと二人暮らしをしていた女性で、お母さんが学校に行かせなかったのか、子供たちも引きこもり、大変な状況でした。ヘルパーで入るようになって最初に訪問したときに、私と同伴していた同僚のヘルパー二人とも「あの人は幸せそうだから嫌」と拒否されました。それで私たちは外れて、60歳くらいのお母さん世代のヘルパーと、40代くらいのヘルパーに変更したところ、「あの人は姑さんとケンカして苦労してる。」という理由で受け入れられました。これは利用者さ

んのせいではなく、サービス提供責任者の事前のアセスメントができていないことに依ります。最初にアセスメントをするときには、「まずどういうタイプがいいですか？」という利用者さんの好みを聞きます。明るい人が良いという人もいれば、できるだけおっとりした人が良いとか、引っ張ってくれるタイプな人が良いという人もいれば、控えめな人が良いという人もいます。「どういうタイプの人が嫌ですか？」という聞き方は極力しないようにしています。その人が好きなタイプを聞いて、そのタイプにできるだけ近いような人をできるだけ入れるように、ヘルパーとしてコーディネートしています。

また「部屋の中で触られたくないところがありますか？」と必ず聞きます。こだわりがすごく強い方は、部屋のこのコーナーだけは絶対に触られたくないとか、ここはプライベートな場所なので干渉されたくないという場所があるのです。

同様に「聞かれたくないことはありますか？」という事もお伺いしています。たとえば家族のことを気軽に話してくれる方もいれば、いろんなトラウマがあって、家族のことは聞かれたくない、話したくないという方もいます。そのアセスメントをきちんとしないでヘルパーが入ると、大きなクレームやトラブルの元になります。サービス提供責任者として事前のアセスメントがすごく大事なと思ったケースでした。

⑤ Iさんへの疑問点と対応

訪問の際に「ほっとハートです。」と言って入るお家と、「遠藤です。」と言って入るお家と、何も言わないお家があります。それも事前のアセスメントで利用者さんに聞きます。「ほっとハートです。」と言うと福祉の人とわかるから、近所の人に聞かれるのが嫌だという方もいます。だから、友達のよ

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

⑥ Fさん 30代 女性 発達障害・人格障害
小学生の子供と2人暮らし。本人のケアで入っているはずなのに、何で子供だけの食事を作っているんだろう？
「あの人は幸せそうだから嫌」って・・・。

- ・30代のヘルパーは外し、60代のヘルパーと、姑と同居してるヘルパーに。
- ・サービス提供責任者の事前のアセスメントが出来ていなかった。反省。
- ・「どういうタイプの人がいいですか」「部屋の中で触られたくない所はありますか」「これは聞かれたくない」ということはありますか！事前のアセスメントが大切！

【図表 3-3-21】

うに来てくれと言われると、「遠藤です。」と言って友達のように訪問します。チャイムは鳴らしてもいいけどドアは叩かないでくれとか、逆にドアは叩いてもいいけどチャイムの音は苦手なので押さないでくれと言う方もいらっしゃいます。その辺りは事前にきちんと聞くようにしています。

Iさんは名前で名乗ってくださいと言われていたので、名乗ったら「いません。」って言われたんですね。私は物じゃないんだけどなと思って困って、サービス提供責任者を呼んで、駆けつけてきたサービス提供責任者も「い

りません。」と言われました。後になって分かったんですが、なんでその日部屋に入れてくれなかったかという、ちょうどお酒を飲んだ後だったので、来てもらいたくなかったのです。このエピソードからPSWの方と、病院の先生とお話をして訪問看護を導入することになりました。私たちのやることはあくまでも生活の支援なので、病状のコントロールや服薬の管理まではなかなか支援ができません。この場合は病院のPSWの方や、訪問看護の方にそここのところをきちんとお願いしました。関係者会議もきちんと開くようにしました。

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

⑨ Iさん 50代 男性 統合失調症

一人暮らし。訪問したら「いりませ〜ん!!」私は物じゃないんですけど…。

- ・サー責を呼んで声をかけてもらっても「いりませ〜ん!!」

- ・病院のPSWに連絡
- ・訪問看護を導入
- ・関係者会議を開催
- ・医療との連携がかなり必要な人
- ・でもキーパーソンは「他人のお母さん!？」
- ・通所は難しい
- ・精神病(統合失調症)の人が嫌い

⑥ Jさんの支援経過

Jさんは知的障がいの方です。訪問するといつも他のヘルパーの悪口を言い、「ここだけの話」をよくされます。一人暮らしをしていて、他の人とあまり話すことも無くて、楽しい話題とかができなかったのでしょうか。話すことという人の悪口だけになってしまったのだと思います。

「それは私に言われてもわからないので、クレームなどは直接本人に言ってください。言えないようならサービス提供責任者に言ってください。」と伝えていました。

ここだけの話は聞く時もあれば、聞かない時もあります。あまり大切な話は「ここだけの話と言われても、黙ってられないので、責任者に伝えますがいいですか?」と言うと、「それでいいです。」と言って話をすることもあれば、話さないこともありました。

また、ヘルパーは基本的に飲食禁止なので、お茶とかジュースとか飴とかを勧めてくれるのを、毎回断っていたのですが、一貫して断る私に対して、ある日眼鏡拭きの箱を持ってきて「使ってください。」と言うんです。観念した私は「わかりました、ありがとうございます。」と言って眼鏡を拭きました。「やっと遠藤さんに受け取ってもらったという満足な気持ちいっぱいです」と、次からは物を勧めたりしなくなりました。

利用者さんの厚意なので、お茶とかお菓子とかをいただきたいと思うこともあるんですが、やってはいけないことはできないのできっぱり断ります。だけれどもそこまで気を使ってくれるのならすいませんと眼鏡拭きはもらってしまいました。止むを得ず抗してものを貰った時は、経緯も含めて記録に残しておきましょう。

【図表 3-3-22】

実際の訪問でヘルパーが感じた疑問点とその対応について

⑩ Jさん 50代 男性 知的障害

一人暮らし。いつも他のヘルパーの悪口を言う。ここだけの話だけど…って。皆に言ってる? 必ずお茶やジュースをくれようとするので断ると「みんな飲んでよ」という。

- ・「私に言われてもわからないので、直接本人に言って下さい。」
- ・ここだけの話は、聞く時も、気のない時もある。
- ・お茶やお菓子は、一貫して断る!
- ・ケアマネにはサー責より状況報告を。
- ・どうしても!のメガネ拭き。

5. 精神障がい者の支援を通じて感じていること

【図表 3-3-23】

右図は精神障がい者の日々の支援を通して実感することをまとめたもので、あくまで私感です。

対人関係が苦手なのは、障がいの問題だけではなく、長い入院生活の中で、社会経験をしてこなかった。特段に精神の人だからできないわけじゃなくて、個別の問題だだと思います。

ストレンクスという考え方はすごく素敵で、できることから、好きなことから支援の幅を広げていけば、やがて苦手なこともできるよう

なるんだと思っています。何事にも時間がかかるかもしれませんが、時間はかかっても、いろいろできるようになります。

初めて精神障がい者支援に関わった職員がつまずくのは、成果がすぐに現れず「自分がやっている支援がどう役立つんだろう。この人のためになっているのかな。無駄なんじゃないかな。」とってしまうことです。まず、じっくり長期的に一人の支援を一年間通してやってみるとすごく成長します。そのときには必ず、相談できる先輩を持つことです。スーパーバイズを受けながら支援をすることで、成長できます。今いる利用者さんの良くなった点をことあるごとに伝えます。「この人は最初はこの状況だったけど、今こんなことができるようになったじゃない。すごいよね。」と言うと、みんな「なるほど。」とってくれます。長い時間が必要なのですが、なかなかそれを焦らずに待つことが難しいです。だけど、障がいの特性でできないのか、単に怠けているのか、本当はわからないところもあります。

病院とか家族から得た情報は、地域での暮らしの中でアセスメントしないとわからないなと実感します。病院を退院するときに、「この人は何もできないはずですよ。だから手厚い支援をお願いします。」と言われた人が、地域での暮らしを始めると、いろいろなことができて聞いた情報と違うので驚くことがあります。逆に「この人は大丈夫ですよ。」と言われていた人が、暮らしの場面では出来ないことが多かったりします。

また、発症の時から極端に社会経験が少なくなるために人生が止まっている方が多いように感じます。そこは一緒に社会経験を積むことで、自分自身の育ちなおし、育てなおしをしている気がします。例えば、夜の10時に電話がかかるので、「人の家に電話するときは、8時くらいまでにしようよ。」とか、「その用件は今じゃなくてもいいよね。仕事の時間に電話しようよ。」と言うと、「ああ、そうなんですね。」とわかる。精神の障がい者だからではなくて、今まで経験してこなかったことはわからないだけなのです。精神だからとか、知的だからとか障がいの特性じゃなくって、普通に接していて、人としておかしいことはおかしい。人としてこうなんだということが基本だと思っています。

「精神障がい者にダメって言うっていいのか？」ということを良く聞かれます。「ダメとか否定的なことを言うとみんな調子を崩してしまうんじゃないか」とか「気を悪くしたんじゃないか」とか、「電話とかガンガンかかってくるんじゃないか？」と言われますが、その人がわかる方法できちんと理由

精神障害者の日々の支援を通して実感すること (あくまで私感)

- ・対人関係が苦手。すぐつまずく。でもフォローすればOK。
- ・嫌なことは避ける。でも好きなことは出来る。そこから支援の幅を広げていく。
- ・何事にも時間がかかる。でも時間はかかっても、いろいろと出来るようになる。長い時間が必要。焦らず待つことは難しい。
- ・障害の特性で出来ないのか単に怠けて？いるのかの判断が難しい。
- ・病院や家族のアセスメントはあてにならないこともある。地域での暮らしは地域でアセスメントしないと分からない。
- ・発病時に時間が止まっている。その時から人生をやり直している感じ。私たちは育てなおしをしているよう。
- ・福祉サービスで出来ることには限界がある。医療や行政との連携が必要。出来ないことは出来ないと感じる。
- ・基本は自己決定。でもそれが出来ない時期もある。枠組みが必要な人もいる。知的障がい者の支援がとっても参考になる。
- ・一番大切で、でも難しいのは信頼関係を築くこと。それが出来たら大丈夫。きっといい支援が出来るはず。相手は私たちと同じ人間だから、私たち支援者の気持ちは確実に伝わる。だから相手を人として好きになることが大切。

を伝え、ダメなことはダメと言ってください。調子を崩してでも、試行錯誤しながら、病気や障がいも含めた自分との付き合い方を知ることが大事だと思っています。

また、福祉サービスだけでなんでもできるわけではないので、できないことはきちんと自覚をして、できないで終わりではなくて、医療とか行政とか地域のサービスと連携していくことが必要です。

基本はもちろん自己決定です。ただし、それができない時期もあり、枠組みが必要な人もいます。一番大切で、だけど一番難しいのは、信頼関係を築くことだなと本当に実感します。

相手は私たちと同じ人間だから、私たち支援者の気持ちは確実に伝わっていると思っています。だからまずは、私たちが相手を好きになることが支援の一番の基本だと思っています。

6. おわりに

【図表 3-3-24】

ストレングスモデルは何がいいかというと、相手の良さ、ストレングスを見ようとするところだから、例えば「全然通所してくれない、怠けてばかりで、家も汚いわ、この人。」と思ったら、なかなか好きになれないですね。「家は汚いけれども、でも私たちが行ったらいつもすごいヘビースモーカーなのに、その間一時間もタバコを我慢してくれる。なんてやさしい気の付く人なんだろう。」と、その人のいいところを見ると、自分の相手に対する見方が変わって、楽になると思います。

精神障がい者の支援のベースは諸外国からの導入が多くて、横文字が多いです。またどんどん新しい支援方法が開発されています。利用者さんがいろいろなことにチャレンジし経験を積んでいくように、私たちも日々学びながら、よりよい支援を続けることは責務です。

ほっとハートのキーワードは、ストレングス、リカバリー、エンパワメントと横文字ばかりですが、職員研修をととても大事にしながら理念や支援の共有化を図っています。

右の図は、利用者さんの言葉です。「失敗してもいいんだよ。」と言ったら、利用者さんが、「失敗じゃないんです。人生に失敗なんてないんです。失敗じゃなくて途中経過です。」とおっしゃったんですね。なるほどと思って、それから失敗と言うのはやめよう、途中経過ですと私も言うようにしています。

なぜ、ストレングスアセスメントなのか？

- ・アセスメントとは、その人に関心を持ち、その人との良好な関係を作ろうとする中で、相手を知るプロセスである
- ・相手の良さ(ストレングス)を見ようすると、相手のことを「好き」だと思える。(関係性の問題)

→ **自分自身の相手に
対する見方が変わる**



【図表 3-3-25】

支援の際、ほっとハートで 気をつけてること

- ・**ストレングス(モデル)**・・・本人の出来ることと出来ないことを理解しつつ、出来ないことではなく、**出来ること**を伸ばし、本人が決めた目標を達成出来るように支援。
- ・**リカバリー**・・・生物学的なものを越えて、病気や障害で失ったものを回復する過程。地域生活、そのものがリカバリーになるような支援を！
- ・**エンパワメント**・・・その人の人間性や病理性ではなく、自らの置かれている状況を理解し、自らの力で環境を改善していくことを支援していく過程。

77

【図表 3-3-26】

最後に利用者さんの言葉

人生に失敗はない。
失敗ではなく、
途中経過です☆



78

第2章 在宅者への訪問活動の取り組み

II. 山形県鶴岡市NPO法人やすらぎの会の実践報告

精神障害者地域生活支援センター翔
相談支援専門員 佐原 和紀

1. はじめに

山形県の鶴岡市は、人口 13 万人余りで、場所は右図の丸印で囲ったところです。

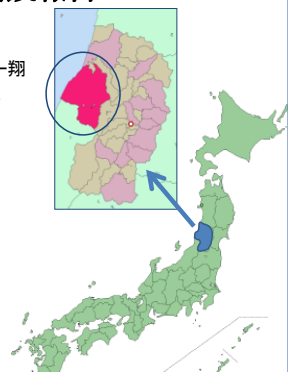
私は、知的障がい者の入所更生施設にいたことがありまして、そこで自立支援の幕開けを迎えようとしていた時でした。そこは大きな社会福祉法人でしたが、自立支援になる時に「自分は果たしてこのままでいいのだろうか？」ということを考え、100 年に 1 回くらいの大きな制度改革の時だから、このまま私はここにいるのではなくて、自分も地域に出て、自分も何かをやろうと思ったのです。

山形県 鶴岡市の実践報告

NPO法人やすらぎの会
精神障害者地域生活支援センター翔
相談支援専門員 佐原 和紀

山形県 鶴岡市
人口：13万8千人
精神手帳所持：約500人
当法人の登録：約250人

県立精神科病院
移転新築、病床削減
医療観察法病棟
地域再構築



2. NPO法人やすらぎの会と訪問活動の関わり

NPO法人やすらぎの会⁴⁰(以下「当法人」という)は、就労支援をするB型の事業所、グループホーム、地域生活を支援する場として、支援センター翔を運営しています。

当法人は、2009年(平成21年)山形県からの委託事業として、精神障がい者の地域移行特別対策事業(以下「地域移行支援」という。)を受託しました。

地域移行支援活動の中で、精神障がい者の方が退院して地域で生活するためには、さまざまな支援が必要であり、単に家事援助だけではなくて、例えば市役所で手続きをする、他の内科に受診するなどの、自宅以外でも直接訪問によって支援することが有効だと事業を経験してわかったのです。

しかし、現実には鶴岡には、訪問型のサービスはほとんどなく、唯一アウトリーチらしいサービスと言えば、居宅介護(以下「ホームヘルプ」という)と相談支援事業でした。しかし、実際使ってみると、ホームヘルプはご本人のみの家事援助にほぼ限定されているのです。

例えば、ご本人の調子が悪くて犬の散歩ができないときに、一緒に散歩することでご本人が安心して支援上すごく有効だとしても、介護報酬の請求はできません。例えば正月だから特別な食事を作るとか、あるいは家の中を大掃除する時でも、一緒に時間をかけてやるということは、報酬上なかなかできない部分もある。極端に言えば椅子に上がって高い窓を拭くとかもできないし、お母さんと息子さんがいて、お母さんや同居の家族の支援も同時にしないと安定しないという場合もあるけれども、へ

⁴⁰ 法人本部所在地：山形県鶴岡市新斎町 2-2

ルパーに家族支援を頼むというのもできない。多様な支援は、介護請求がまずできない。ということは収入にならないので、ヘルパーにお願いもしくいのです。

【図表 3-4-1】

相談支援事業所も報酬の対象となるのはサービス計画作成費で、ケアマネジメントをするのが目的です。例えば夜中電話があったから駆けつけるというのは、いくらやったところで収入にならないのです。それは事業としてみた場合には、公的機関ならともかく民間では成り立ちません。それをカバーしたのはいわゆる相談支援員の熱意だとか、そういった部分でカバーしたことが多いと思います。

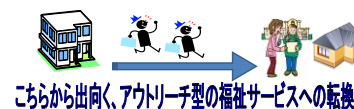
重複しますが、ヘルパーが対応できるのは日常生活の調理や、家事の支援はできるのですが、例えば自宅外での生活訓練をやりたいと思ったときにでも、それは制度上もちょっと難しいし、それをできるヘルパーも限られている。金銭管理なんかもほとんどやらないし、事業所としてしてはいけないというところが多い。後は地域生活をする上での、例えば近隣との関係作りだとか、そういった部分に関してもヘルパーではやっぱり難しい。できない。じゃあ誰がやるのかというと、結局相談支援専門員はヘルパーが請求できない部分を担っていたのです。

私たちが精神障がい者の入院から退院、地域移行・定着支援実践するには、訪問による様々な直接支援が必要であり、「訪問による生活訓練事業」を立ち上げ社会資源を開発する計画を立てたのです。

訪問を主とした生活訓練事業所とは？

- ・障害者自立支援法
- ・⇒「自立訓練事業（生活訓練）」
- ・日中通所して生活スキルトレーニングする施設
- ・（旧法施設：介護療養・通所療養等の日中活動部分）

通所が原則だが、**逆に訪問**を主体に考える
（地域での積極的な生活トレーニング）



3. 訪問による生活訓練（自立訓練事業）の取り組み

訪問による生活訓練との出会いは、2009（平成 21）年 6 月、千葉県市川市で開催された N P O のほっとハート⁴¹主催の「訪問による生活訓練モデル事業報告研修会」だったのです。その研修会に理事長が参加し、「これはいいものがあるぞ」と持ち帰ったのがきっかけでした。この報告書⁴²はアウトリーチで支援をするときの基本になるものだと思いますので、ご関心のある方はネットで検索すると出てきますから、ぜひ読んでみてください。

【図表 3-4-2】

この研修で、訪問による報酬というのが今まで一回一時間以上訪問して 2,800 円だったのが、大幅にアップしたことを知りました。更に、今まで週 2 回までと限定されていたのが、弾力的になり調子が悪い時は週 3 回訪問も可能になったのです。

旧法の生活訓練や通所型の事業所というのは「こちらに来てください」というやり方ですが、訪問による生活訓練は、職員自体が地域に出て、訪問して支援できるのです。

立ち得事業として必要だとしてもそこに報酬が結びつかないと、なかなか情熱だけではカバーできない部分があります。この報酬改定を知って、「これはやっぱりぜひやるべきです。ぜひやりましょ

報酬改正、大幅UP(平成21年度) (自立支援法 訓練等給付費) 1時間以上5,840円／日

	旧単価	報酬改定
1時間未満	187単位	254単位
1時間以上	280単位	584単位

週3回訪問可能

利用回数上限	
報酬改定前	週2回以下
報酬改定後	1月14回かつ180日で50回(平均週2回)

⁴¹ N P O 法人ほっとハート：千葉県市川市で、精神障がい者を主たる支援対象とする福祉サービス提供事業所。ホームページ： <http://www.hothear.org/>

⁴²厚生労働省 平成 21 年度 障害者保健福祉推進事業：「訪問型生活訓練事業の人材育成と支援内容の評価・モニタリングに関する調査研究事業」 <http://www.hothear.org/life.html>

う」と理事長を口説きました。

自立訓練（生活訓練）事業⁴³は、通所が原則ですが、私たちはまず訪問を主体にして考えました。入所や通所してもらってから、その中で生活トレーニングを考えようというのではなくて、あくまでも地域の中でやろう。こちらから出向くサービスをやってみようと考え、「訪問型生活訓練事業所つばさクラブ」というのを立ち上げました。

右図は現在の状況で、通所・訪問含めて1日平均約20名の利用者数です。職員は全員で6名と管理者1名とで、そのうち主に訪問を担当しているのが3名です。請求金額も月に約200万前後で採算ベースにのり始めています。

【図表 3-4-3】

現在の状況		
1.開始:平成22年5月10日	請求実績	
	月	件数 金額
2.場所:鶴岡市駅前の民家を賃借(8部屋)	5	12 1,195,660
	6	21 2,532,120
3.利用定員:20名(採算ライン通所7名・訪問8名/日)	7	22 2,308,600
	8	20 2,174,840
4.平均利用数:17名(登録25名内女性6名、待機者2名)	9	20 2,130,297
	10	22 2,500,915
5.職員:管理(サビ管)1名、生活支援員6名(うち訪問担当3名)	11	20 2,445,073

下記の写真は実際に訪問して支援をしている写真です。とても柔軟な対応とダイレクトサービスで強力にできる地域移行の実践で、退院後の住まいの体験先へ行くとか、一緒に買い物に行き訓練するとか、受診の同行など、相談支援専門員と生活訓練事業所のサビ官や生活支援員が、小さな二人くらいのチームを組んで、こちらから積極的に出向いていくのです。

【図表 3-4-4】

地域移行支援の実践～退院&定着～

- 体験先への退院(グループホーム、アパート)
- アウトリーチでの生活支援
- 地域生活の維持・継続のためのサポート

退院
アパート、グループホーム、自宅へ

＜地域定着＞
住む場所で生活訓練
通わせるのではなく、こちらから出向く支援

地域生活の定着
スプレッドモデルでのサポート

アウトリーチでの生活支援

一緒にアパート契約

【図表 3-4-5】

訪問による生活訓練事業での活動例



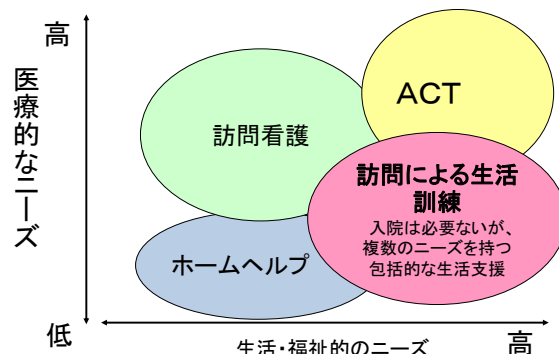
4. 訪問による生活訓練（自立訓練事業）の対象と基本的考え

【図表 3-4-6】

右図はアウトリーチ支援の対象者のイメージです。前ページにあるほっとハートの研究事業を元にした国立精神保健研究所研究員吉田光爾氏の論文の引用スライドです。

右下の部分が訪問による生活訓練の対象者です。右上の方は医療的なニーズが高い、ホームヘルプは家事援助を担当と、重複する部分がありますが、役割分担と相互の連携が見えやすくなると思います。

アウトリーチ支援対象者のイメージ



出典：H22年度精神保健福祉に関する技術研修第2回アウトリーチによる地域ケアマネジメント並びに訪問による生活訓練研修テキスト(国立精神・神経医療研究センター吉田)

⁴³自立訓練(生活訓練)事業には、生活訓練サービス費Ⅰ(通所)を原則としつつ、生活訓練サービス費Ⅱ(訪問)、生活訓練サービス費Ⅲ(宿泊)の報酬体系がある。

具体的な対象者像に関しては右図に整理しました。

通所してこない人たちは、集団行動が苦手なことが多いのです。また施設の集団のルールにすぐにはすぐわないう人ですね。これまではその人たちは、手間のかかる利用者だと言われていたのですが、これを入所・通所させるのではなくて、こちらからマンツーマンで行くことによって、対人関係を結ぶことが難しい方との関係性が築きやすいのです。

訪問による生活訓練のモデル事業で研究された中で、一番重要な部分はストレングスモデルという概念です。今までの福祉サービスというのはどうしてもできない部分や、問題のある部分を何とかしようという部分に着目していたので、本人たちと衝突してしまうのです。

ストレングスモデルの概念について説明させていただきます。なぜ本人の希望に拘るのか。そんなことをやっていては使いっ走りになるのではないのか。との心配の声もあります。

ただ人って希望や理想よりも、どうしても欠点や弱点に注意を向けやすいですね。アルコール依存の方だと「酒を飲ませない」と考えがちになる。その根底には、弱さというものを悪い、軽蔑すべきものとしてとらえる。弱点や欠点を見つけることによって問題の解決を図ろうというのが今まで私たちがやってきたことです。

個別支援計画書や、アセスメントも、弱点だとか欠点を書き連ねることが素晴らしいアセスメントだと錯覚をしやすい。これを問題の解決モデルと呼びますが、このやり方は緊急時にはとても役立ちます。今すぐ死にそうな人を前にして、この人のストレングスはどこだろうと考えていられない。すぐに対応しなくてはいけない。緊急性がある場合には非常に有効だと思います。

だけど、限界というものがあって、行動を変えようという事に集中してしまう。行動が変化しなければ別の問題があるんじゃないかという原因探しをしてしまう。それを繰り返してしまうのですよね。

アルコールで苦しんでいる人たちに対して、精神的な原因があるのかとか、弱さがあるのかとでは一向に先に進まない。どうして問題が取り除けないのかとなってしまう。それは機械ではなく、やっぱり心がある人間だからだと思います。

ダイエットも同じです。カロリーを制限すれば痩せるというのは科学的にわかっていて、疑う余地のないことですが、なんでできないのか。やっぱり人は心が動かなければ行動しませんよね。

問題の原因を取り除くことに焦点を絞ることの弊害はここにあると思います。

たとえ我々支援者が計画を立てても、利用者の心が動かなければそれは徒労に終わるのではないかな。ではその心を動かす方法は何かということですが、どういう方法があると思いますか？

やっぱり元気や希望といった、無償でも自分がやりたいと思うことに焦点を当てること、一番それが簡単です。人からやれと言われたことよりも、「私はアパートで一人暮らしをしたいんだ。」「友達と一緒に暮らしたいんだ。」といった、無償でもやりたいと思うことに焦点を当てた方がよっぽど

具体的な対象者像

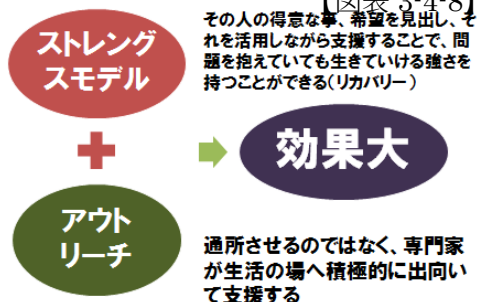
【図表 3-4-7】

- ・通所施設サービスの利用不安定
- ・集団行動が苦手
- ・地域から孤立、ひきこもり
- ・頻繁な対応が必要(何度も電話)
- ・家族も精神障害、要介護状態
- ・毎日の金銭管理、指導が必要
- ・言っても聞かない、効果がない
- ・対応する人で気分変化が激しい
- ・主に統合失調症、気分障害 etc

自宅へ訪問、個別対応
アウトリーチでのサービス、
ストレングスモデルが有効

訪問による生活訓練の概念

【図表 3-4-8】



まく物事が進む。

もう少し希望というものに踏み込んで考えてみますと、ここでリカバリーという言葉が出てくるんです。このリカバリーの意味は人によって違います。私としては「元気を取り戻して希望に満ち溢れること」。「何か困難な出来事があったとしてもそれに向かって立ち向かって行ける状況」ではないかと考えています。

私なんかもいつも元気があるわけではなくて、嫌なことがあったり疲れたりすると、やる気がなくなってグダグダしてしまう。そういう時にどういう方法で元気を取り戻すか。私の場合だと好きな映画を延々と繰り返しビデオで見て、いつのまにかそれで元気になっている。酒を飲む人もいるかもしれないし、元気な人の話を聞くというのものもあるかもしれないし、今までの悩みやジレンマを吹き飛ばすために研修会に参加するという人もいます。

共通しているのは、希望というプラス的なイメージがあります。元気になるためには希望が宿るといえるか、そういったところから始まるのではないかと。我々は希望が持てるような行動をする。それは利用者たちだって同じです。利用者にどんな希望があるのかという事を聞くと、「働きたい」だとか、「お金を稼ぎたい」「恋人がほしい」「家庭が欲しい」「子供が欲しい」といくつかのカテゴリーに分けられ、私が描いていた希望と似たような答えが返ってきます。決して特殊なことではない。ストレングスモデルの支援方法というのは、「こうありたい」「こうなりたい」と希望が持てるような行動を、支援者が一緒になってしまおうということなのです。だからこちらが一方的にあなたはこうしなさいと言うのではない。希望というものを一番大切にする必要がある。希望だとか夢だとか元気というのは、まさにプラスのイメージですね。

つばさクラブでは問題の原因だとか、問題探し、分析というものはそういったものは重要ではなくて、希望をキーワードに支援を行おうというのを一番心がけているところです。

「ストレングス」はこの事業で何をすべきかと考えていくときの一番基本になります。また、自然と本人が主役になるので、利用者だけではなくて、我々支援者も利用者から元気をもらう事がいっぱいあると思います。お互いのストレングスで影響しあう、相乗効果がそこにはあるのではないかと。そこがストレングスの利点だし、価値がそこにある、素晴らしいことだなと思います。

以上の考え方は、集団のルールが個人より先行しやすくなってしまうような場所では発揮しづらく、本人が主役になれる自宅だとか地域の中で訪問して支援するときに、より大きな効果が表れます。

5. 訪問による生活訓練（自立訓練事業）のポイントと実際

【図表 3-4-9】

実際の支援のポイントをまとめました。

本人がどういう希望を持っているかということ、じっくりと聴きだすことなのです。それには、本当の思いを言える関係性が求められます。関係作りに最も力を注ぐこと、これさえしっかりしてしまえば、後になって利用者と意見の食い違いがあり、喧嘩する時もありますが、そういう時も何とか乗り越えていけるのです。

私たちは、まず関係作りに一番力を注いでいます。

訪問による生活訓練の支援技術ポイント

関係づくり(エンゲージメント)

生活現場でやってみせる

生活現場でやってもらう

本人の取組を増やしていく

60 歳の男性ですが、私が最初に行ったときに、家に猫

【図表 3-4-10】

を飼っていて、本人はお酒を飲んでぐた一つとなって、掃除もしないし、ご飯も食べない。ふと足元を見たら黒いものが靴下の所にたかっている、私はそれがノミだと初めて知りました。次の日になったら足がぼこぼこに腫れてしまって、そのときは寒気がしました。

しかし、そこでまず私たちが一番大事にしたのは、その人を否定しない。批判もしなければ、猫を何とかしろという指導もしない。「あんたも大変だろ。」と言ったら、やっぱり体中のみに刺されてぼこぼこになっていて、

「これじゃだめだ」と本人が言ったので、「じゃあ猫を何とかしよう。」となり、徐々に生活が改善されました。始めから「だめだよ、猫を何とかちゃんとしなさい。」だとか、「ノミを何とかしなさい」という形で入っていくと、結局その人のやり方を否定してしまうことになります。汚そうだから何とかしろと言う前に、やっぱり関わりとしては否定しない、指導しないというのが一つのポイントだと思います。支援をする前になんだかんだと言わないで、まず人として付き合うという話です。

関係づくり(最重要)



＜関わりの初期＞

- ・その人を否定しない
- ・批判しない
- ・指導しない

支援(治療)の前に人として関わる
内なる偏見を破る勇気、覚悟を持つ

(例)～それでも猫が好き～
統合失調症 60歳男性
自宅は極めて不衛生、猫の蚤が大量発生。本人はそれでも自宅に住みたい。飲酒による低栄養状態に伴う社会的入院を繰返す。これを解消したい。

生活訓練はその場で経験を積むことが一番効果があり、地域生活の中でスキルアップします。右図の男性は、20 年の病院生活で大型のショッピングセンターに行っただことがないのです。余りの種類の多さに、何を選んでいいかわからない。決められずにどれにしようかと 10 分も 20 分も待たされていると、思わずイライラして、「俺もう帰らなくちゃいけないから、時間もあるからダメだよ。これにしな。」とやりそうになるのですが、そこをぐっと我慢します。

【図表 3-4-11】

地域の中でスキルアップ



(例)～決められない男～
統合失調症 40代歳男性
25歳で発病。以来20年間を病院で過ごす。意欲低下、判断力の低下のため外出、買い物することに時間がかかる。



＜支援技術のポイント＞

- ・振る舞いを見てアセスメント
- ・見本をみせて、自然にやってみる
- ・1を獲得すれば10になる

出来ないことよりも、出来ることをたくさん見つける。それを発展させる

「安いものから買った方がいいよ。」とか、「こっちの方が得だよ。」とちょっとした助言やその場で手本を見せれば、自然にできるようになるというか、昔を思い出してできるようになる。

できないところを何とかしようというのではなくて、時間がかかってもいいからできるということをもっともっと発展させていけば、自然にこちらからあれこれ言わなくても自分でできるようになる。昔を思い出してできるようになるのです。

【図表 3-4-12】

右図の方は 20 歳くらいの方ですが、警察が好きで、警察の方に家の前にヤクザがいるとか、ヤクザから狙われるというように何回も何回も電話をしてしまうのです。そのことで、お母さんとけんかするたびに入院をしまい、お母さんや病院の方は「やっぱりグループホームに入れよう。そこで警察に電話しないようにしよう」と、最初は本人が持っている携帯電話も制限しようとしていたんです。

でも結果はそれではダメで、それを「抑えよう抑えよ

地域での生活がそのものがリハビリ活動



(例)～警察24時の男～
統合失調症 20代歳男性
不登校、不良グループ。中卒後、家でぶらぶら。自立を願う母親と不仲。喧嘩の度に入院を繰返す。



＜支援技術のポイント＞

- ・望んでいることを一緒にする
- ・地域では希望が表出しやすい

地域生活は、本人の希望をより具体化していくことが容易。その過程そのものが生活訓練そのもの

う」とか、「警察に電話するから携帯電話を取り上げよう」というのではなくて、「携帯で電話したいときは、俺の所に電話しろよ。」と対応して、取り上げることをしない様な関わりをしていくのです。本人は病院が嫌で仕方がない。お母さんが嫌でしょうがないから、一人で暮らしたい。だけどみんなからそれを反対されている。そこで、本人が一人暮らしをしたいというのであれば、それに向かってやった方が本人も楽だし、支援する我々も楽なんです。望んでいることを一緒にするというのは、とてもやりやすいんですよ。地域では自分のやりたいことというのはどんどん表面に出てくる。病院の中では抑えられているというか、どうしてもルールがあり、それに縛られてしまう。地域に出れば病院のようなルールは少ない。自分からの希望が果たしやすいということなんですよ。その希望をいかに具体化していくかというのが、支援者である我々の役割だし、アパートで一人で暮らせるようにどうすれば良いのかを支援していくのです

【図表 3-4-13】

地域の生活では変化が沢山起きます。右図の方は 40 年間も入院していた方です。やっとアパートに退院することができたけれども、たばこの吸い殻で畳を焦がしてしまったんです。本人がびっくりしてコップに水汲んでかけて消したっていうのです。「良かったじゃないか、畳焦がしただけで済んだんだもん。それでいいじゃないか。」と評価して、「たばこを吸っても畳を焦がさないようにどうするか」を一緒に考え、本人が出来る方法を探し出すのです。チャレンジを認めるということですよ。地域生活というのは、チャレンジの連続なんです。それが、失敗の度に「それ見たことか、やっぱり無理なんだよ。火の始末もできない人がやっぱり一人で暮らすべきでない。」「じゃあこの人にはたばこを吸わせないようにしよう」「グループホームは今たばこ吸えないから、病院に入れなければだめだ」と言われてしまうんですよ。そういう風に言われると、本人もやっぱり無理なのかと思い、夢も希望も無くなり悪循環になります。

地域での生活は変化がたくさん起きる



(例)～入院したい男～
統合失調症 60代歳男性
40年長期入院。アパートで畳を焦がす。火の始末。家族、支援者の不安。そして本人の不安増大で再入院の危機が！



<支援技術のポイント>

- ・トラブルの度にルールを作らない
- ・柔軟でプラス思考な対応

地域生活はチャレンジの連続。失敗の度のルール作りでは拘束、管理に繋がる。意欲、希望がなくなる悪循環

6. おわりに

【図表 3-4-14】

なぜアウトリーチにこだわるのかというと、今そこにある生活上の問題にすぐ介入できるのです。

自分の住んでいる場で、アパートで生活の問題に取り組むということは、自然に本人が主役にならざるを得ない。

今すぐ自分に直結する部分でやるわけだから、短時間で効果がある。アセスメントも、プランニングも、その人の行動を見ながら修正を適宜加えていくことができる。これが会議室に座って本人と話をしているだけではわからない部分が生活の中ではある。それを見ることができるということです。

そして、通所や入所施設の場合には、どうしても施設の都合という部分があるのかなという私は感じています。

施設の中でも立派にやっているところは当然ありますが、アプロ

なぜアウトリーチなのか？

- ①今、そこにある問題に直接介入できる
- ②生活の場で取り組むため本人が主体になる
- ③生活の場で出来るため短時間でも効果がある
- ④アセスメントとプランニングが容易になる

【図表 3-4-15】

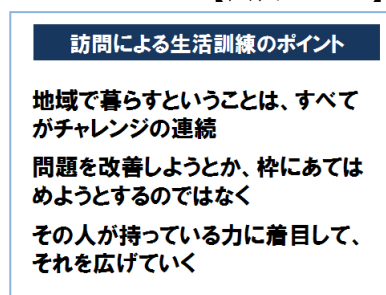
リカバリー概念に基づいた
ストレングスモデルによる
アウトリーチ支援を
事業として行う。ということ

一ちの仕方が違うというか、集団生活ができる人はいいけれども、苦手な人はどうするかという問題で、我々が対象としているのはそういった人たちなのです。

【図表 3-4-16】

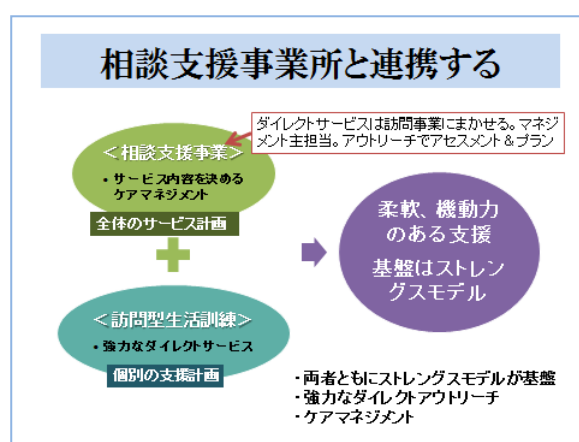
先日失禁でグループホームの利用を断られた利用者に、じゃあケアホームに行こうじゃないかと一緒に行きました。ケアホームの人に「失禁があるんですけど」と言ったら、「うちは身辺自立している人じゃないとだめです」と言われたのです。びっくりです。

じゃあアパートでおしっこを垂れようが何しようが、まずは住んで、そこに生活訓練の我々が入って、一緒におしっこの対応をしようじゃないかということを話し合ってきました。失禁があっても、何を利用すれば生活ができるかを一緒にチャレンジしています。



【図表 3-4-17】

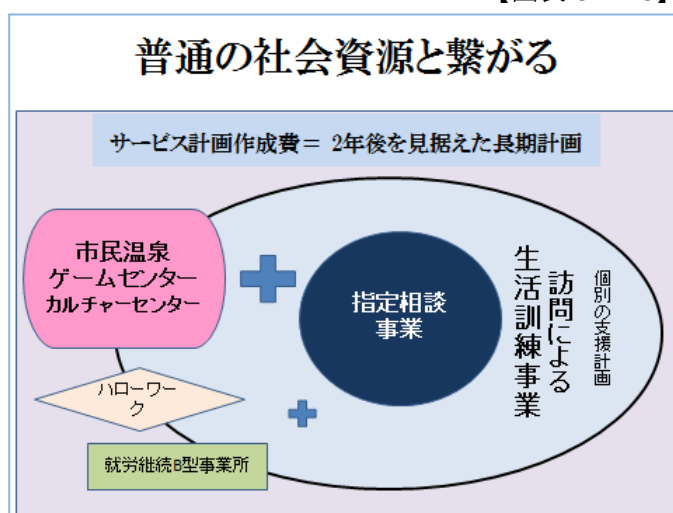
重要なのは、生活訓練は二年間の標準利用期間があり、相談支援事業所と一緒に搬送することです。相談支援専門員はマネジメントの専門家だから、次につなげる、繋がることをします。二年間の間にその人をどうやって地域生活に定着させていくか、地域生活で様々な経験にチャレンジするためにもっとも専門機関を活用しなければいけない。その人の生活の幅を豊かにするには、直接本人と接して、本人主体でもって直接援助をするから、その繋がり・橋渡しを頼むということです。



【図表 3-4-18】

地域で生活するには、専門の福祉サービスがなければやっていけないというのではなくて、住民が使っている普通の社会資源につなげていくのも、相談支援の力だだと思います。

「デイサービスセンターに行って、幼稚園のようなことをするよりは、自分で市民温泉に行けるようになれば、500円払っても、お風呂も入り放題だし、寝転がって何やってもいいし、市民温泉の係員の方から丁寧に扱ってもらえる。」と望む人には、そういう支援をしています。訪問による生活訓練では、まず、そうした地域にある資源とつながるような支援が重要だと思います。



第3章 精神障がい当事者の体験発表



財団法人横浜市総合保健利用センターのご協力により、精神障がいを体験した方々に呼びかけていただき、6名の方に体験談を発表していただきました。その時のお話を元に、記録を作成しました。（体験発表では実名でお話していただきましたが、ここではイニシャルでご紹介します。）

Fさん

過去利用したサービス：精神科デイケア

現在利用中のサービス：精神作業所（地域活動支援センター）、生活支援センター

その他：18歳で統合失調症を発症。最初に打たれた注射のせいで病気になったのではないと思うが、服薬中断により何度も失敗したので薬を止める自信はない。両親との3人暮らし。

こういうところは初めてなので慣れないのですが、今回このお話を引き受けたのは、ここの保健センターのデイケアでKさんと通っていたこともあって懐かしい気持ちもあってお引き受けしました。Kさんとは、デイケアのソフトボールやバレーボールで過ごした仲です。

すごく緊張するのと、話が得意でない理由として、話している間に話がそれて何を話そうとしていたか忘れてしまうことが良くあり、ましてや今日は緊張しているので、私の特徴の一つとしてあがままに話します。

発病した経過ですが、そのころ高校二年生で、自分ではこれは病気じゃないと思ったんですけど、初めて精神科を受診した時、病院でいろんな薬を飲まされてかなり悪くなって来ちゃったのかなあと私が思っている部分なのです。

いま52歳ですけど今になって思うと、薬のせいで病気になったと。病名は先生から直接は言われてないのですが、退院して何回か入退院を繰り返していたのですが、通院していた時に、私の病名は何なのですかって聞いたのですが、その時は分裂症だと言われて、勉強が足りないというか、元々頭が悪い方だから、分裂病（統合失調症に名称変更）と言われた時に、そういう病気もあるんだと思

いました。

入退院を繰り返すのは、例えば良くなってきてもういいかなあと薬をやめると、病気が始まってしまう、いつも睡眠不足から始まっている。眠れなくなってくるのです。

最近普段は家にいることが多いです。作業所に通っていても、週に二日とか三日とかで、土日に行くときもあるんですがそれは調子がいい時だけで、今日みたいに寒いときとか、布団の中で出られなくなってしまうです。

普段は大人しいですが、最近作業所であったエピソードは、この人は嫌だなと思っているメンバーにだんだん、イライラしてきて、それがたまってきた、爆発してしまっ手を出して、ちょっと一回当たっただけで済んだんですけど職員が通院と一緒に来てくれました。苦手な人がいるとイライラします。

Yさんのプロフィール

過去利用したサービス：精神科デイケア、小規模通所授産施設

現在利用中のサービス：訪問看護

その他：10代からうつに苦しみ、結婚後28歳で初診、遷延性うつ病と診断される。見学に行っ
て知った福祉施設で現在非常勤職員として就労中。妻と中学2年生の息子との3人暮らしで、
具合が悪い時期に自分が家族に負担を掛ける事が最も辛い。息子には「お父さんは時々漂流するね」と言われている。

私が体験談を話すことで皆さんのお役に立てたらと思い参加させて頂きました。

昨年の9月から訪問看護を自宅で受けています。なぜ訪問看護を使うようになったかという、春4月ごろから体調を崩して、6月の半ばまで2ヶ月半くらい自宅からほとんど出られなくなったのです。最近ではそれが一番長い期間でしたが、それが、1週間であったり3週間であったり、一年に何回かそういう状態になることがあります。外に出られなくなると家の中でも食事をとったり、お風呂に入ったりする気力がなくなってしまうとか、生活に必要なことをする気力が萎えてしまうことが多くなります。

プロフィールにあるように、結婚していて中学2年の息子もおりますので、体がもつ限りは出来る限りの家事も分担してやっています。連れ合いが仕事から帰ってくる前に晩御飯のお米をといだり、風呂のお湯を張っておいたり、掃除機をかけたりといった家事分担があります。

体調を崩すとそれが出来なくなり、連れ合いに負担をかけてしまうので、この春2ヶ月半の間に、連れ合いがもう限界だと言葉で表現してくれたこともあり、この2ヶ月半に体調を回復していく中で今度そういうことが起きたらどうするかということを考えて行動を始めました。

地域活動支援センターの相談窓口で相談したら、私の担当のケースワーカーに事情を話してくれて、訪問看護を試してはどうかと言われ、区役所のケースワーカーから精神障がい者の経験豊富な訪問してくれる事業所を紹介してくれて、来てくれました。

どのように利用しているかというと、体調を崩したら速やかに担当の看護師の方に連絡をして、直近の来て頂ける日に設定して頂いています。だいたい翌日には来て下さいます。その時期には外に出ることが出来なくなってしまうので、外から来た人と話が出来るのは私にとってはとてもいい方法

で、悪い状態が短い期間で終わると言う効果があります。同時に家庭の中に入ってくれるので、家族も相談できるし、息子も顔を合わせればつながりが出来るし、私だけを支えてくれるだけではなく、例えば通院で、家族もサポートしてくれる仕組みが私と家族にとっていいことだと思っています。

体調が悪いと自分自身も苦しいのですが、それによって家族に負担がかかることが私にとってはさらに自分のつらさを増します。一番身近で私を支えてくれている家族をだれかが支えてくれることがあると、本当にありがたいです。なかったら家族の負担が大きくなって結局私に跳ね返ってきてしまいます。その仕組みがあって当事者の私も、病気は大変だが家族に負担をかけないことが非常に楽だと実感しています。

息子から「お父さんは良く漂流するね」と言われました。この息子の言葉は小学校5年か6年かの時表現されたもので、ユーモアをこめて、外に出られなくなって家に閉じこもる私のことを表現しているのです。入浴が出来なくて、ひげがそれなくて、髪の毛も伸びてきて、船から投げ出されて海を漂って、漂流者のようなものに近いようです。食事をしていても私があまり話さなくなると、私自身が食事をする回数も減ってしまうので、たまたま食事をしていても、体は食卓にあっても、心はどこか他の所に行ってしまう状態にあるように見えるのですが、そういう状態をみて、心や体が漂流していると息子は捉えているようです。それを聞いて僕も、ああ、そうなんだな、そういう状態になるんだな、自分でうまく表現できない状態を息子が上手く表現してくれたなと思います。

Hさんのプロフィール

過去利用したサービス：精神科デイケア、トライ！（障害者就職促進委託訓練）

現在利用中のサービス：精神作業所（地域活動支援センター）、生活支援センター（面接と電話相談のみ）

その他：統合失調症を発症。家に居るだけだと具合も悪くなり気持ちが悶々として辛かった。通所したら仲間が出来て、社会につながる気もして楽しいなと感じられるようになった。トライ！修了後、作業所職員と相談しながら就労に向けた具体的な目標を決め、努力を始めたところ。

私もYさんに勧められて参加したんですが、大勢の方に自分の病気を話すというのは初めてですが、少しでも精神障がいの方の力になればいいなと思ってお話いたします。よろしくお願いいたします。

発病してから今まで起こったことを話していきたいと思います。

私は統合失調症で、発病時期は19歳のころだったと思います。幻聴がひどくて、自分への悪口がいたところで聞こえてきました。21歳から通院を始め、22歳ごろからのものを投げつけたり、暴行が激しくなってしまう、23歳で大学卒業後はアルバイトも続かず、行く場所は週一回の作業所だけでした。そのために気分がもうろうとして自分の居場所がなく、友人も居らず、ずいぶん気分が落ち込んでいました。

県内の精神科病院デイケアに通い始めてから状況に変化が見られました。初めは絵画のプログラムに参加したのですが、特に合同で物を作るわけではなくても、プログラムに参加することで周りにつながっているという安心感が得られ、自分の居場所としてデイケアをとらえることができるようになりました。初めは一人でいたのですが、次第に周囲と打ち解けて、その中の二

人とは今でも交流が続いています。デイケアの影響もあってか、行き初めはまだあった妄想も次第に治まってきました。

自分の体調がよくなってきたこともあり、もっと自分にあったデイケアを探し、区役所のワーカーさんに、横浜市総合保健医療センターのデイケアを教えてもらい、通うことになりました。こちらのデイケアには自分の居場所を求めるだけでなく、生活のリズムを作るということを主な目的として通い、プログラムに参加しました。二年間という期限がありましたし、早く就労したいとも考えていたのですが、具体的にどう就労に向けて動くかは考えられずにいました。

デイケアに通い始めて二年目の春に、アルバイトを試みました。ドラッグストアに2週間勤務しましたが、幻聴があったりしてすぐにやめてしまいました。その時はまだ、作業所に通ってから就労するということはあまりに遠回りに思えて、実行しようとは思いませんでした。

その後、入院を一か月半経験して、デイケアに戻った後、作業所に通おうと思うようになり、作業所に行くことに決めました。そしてデイケアと作業所を並行して半年ほど通った後、作業所だけの通所に移行しました。

2年くらいして班のサブリーダーに、その後リーダーに指名されました。でもそういった経験は初めてだったので、プレッシャーに押しつぶされそうになり、途中、職員に「もう作業所に行きたくない」と相談したとき、「じゃあ来なくていい」といわれ、その時はさすがにショックでした。でも翌週にはまた作業所に出ることができ、今となっては私をやる気にさせてくれた職員に感謝しています。

昨年10月～12月に、障害者委託訓練事業「トライ！」を受講し、ワードやエクセルなどパソコンのみならず、社内応対や電話対応などのビジネスマナー、グループワークなどを学びました。途中で体調を崩したり、くじけそうになりましたが、周囲の方々に励まされ、無事卒業することができました。今は週五日、午前中だけ作業所に通い、午後は職安や就労支援センターに行ったり、家でパソコンの復習をしたりしています。ここまで私が来られたのは、家族や友人、デイケア、作業所、生活支援センター、区役所のスタッフなどの周りの方々のおかげだと思っており、この場を借りてお礼を申し上げたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

Iさんのプロフィール

過去利用したサービス：精神科デイケア、生活支援センター

現在利用中のサービス：精神作業所（地域活動支援センター）、小規模通所授産施設

その他：そううつ病を発症。うつ期がとても苦しく、思考が停止し全く気力が出ず、何か月間も家から出られなくなる。人前で話すのは今回が初めてでとても緊張するが、この苦しい経験が人の役に立ち、無駄にならないのであればと思い、挑戦することにした。

つらかった経験を生かすことができれば、お役にたてればうれしく、又自分にとってもいい経験になるのではないかと思います。宜しくお願ひします。

私は中学校3年生の時に発病しました。今まで、そうと鬱を繰り返してきました。そう状態になると人が変わったようになり、家族がとても大変で20代の時に3回入院しました。

なぜかいつも5月なので、毎年5月に気をつけるようにしています。

鬱状態のときには何にもたとえられないほどつらいです。一番つらかった時はよこになったまま、死にたい、死にたいとそればかり叫んでいました。家族の支えがあったことと、精神科の治療を受けたこと、この二つがなければどうなっていたか分かりません。

現在はまあまあ調子のいい時と、何もできない時があり、どういうスパンでそれが入ってくるのか自分でもはかりかねています。具合が悪い時は一日中起き上がることが出来ず、お風呂にも何日か入ることができなかつたりします。現在作業所に在籍していますが、ほとんど通えていない状態です。

2年ほど前は病状が落ち着いていて作業が楽しくやれていたし、ミーティングの書記を担当していてやりがいを感じていました。充実した日々を送れていて、月に平均6000円くらいの工賃を頂くときには満足を感じていました。

でも少し鬱に転じた時に、作業がつらいものに感じられ、頭が働かない、いつもみたいにすらすら出来ない、頭の中が真っ白になってしまって、なにもできなくなってしまってすごく不安感があり、菓子中心の作業所で菓子作りが出来ないとなると居づらくなってしまい、他の作業所やデイケアを探し回ったことがありました。

どんな障がいでも行けると言う体験教室に行った時は、知的障がい者の方との接し方が分かりませんでした。障がいの特性からそういうものだと自分を納得させようと思いましたが、自己紹介をしても答えてくれないし、名前を聞いても無視される行動をとられたので、少し傷ついてしまいました。

結局元の作業所に在籍させてもらうことにしました。作業所の施設長はちょっと変わっている面もあるのですが、人間味にあふれていて、みんなを見守ってくれていて、「いつでもおいで」と言ってくれるので、居場所があることがありがたいと感じています。今まで鬱やそうになったためにいろいろなことが途中で出来なくなってしまいました。

アルバイトや派遣の仕事を具合が悪くなるたびに止めざるを得なくなりました。学生時代は保育士の資格をとるために勉強していましたが、鬱状態になり休学し、中退しました。ヘルパーの資格を取ろうとチャレンジした時も、同じ理由で取ることができませんでした。

具合のいい時は健常者とそれほど変わらないと思います。普通に社会に出て仕事をしたり、資格をとる勉強をしたり、具合のいい時は非常にいいのですが、いつ破裂するかわからない爆弾をかかえているので、チャレンジが出来ずそれがとても悔しいです。

でもこの病気にならなければ出会えなかった素晴らしいスタッフの方々や先輩や親友があるということを救いに思っています。仲のいいみんなが集まって、地域の生活支援センターではそんなことが本当に楽しい思い出です。卓球やビリヤードで盛り上がり、お茶やコーヒーを飲みながら、いろいろ話をし、お金をかけずに遊べ、時の立つのを忘れるほど居られる場所があるのは本当にいいことだと思います。いつか夕食のサービスを受けた時、揚げ物が出て、これは途中までできているものをここで油で揚げているのかという話題になって、私が料理人に聞きにいったら、つつけんどんに「水で揚げられねえだろ」と言われましたが今ではいい笑い話です。これからは何とか病気とうまく付き合いながら没頭できる趣味を探したり、自分磨きをして過ごしていきたいです。今は元氣や、やる気が出なくて少し鬱気味でつらい日が多く精神科の先生には、寝たいときには横になって何もしてなくていいと言われていますが、きっとまた元氣に活動できる日が来ると信じています。その時が来たらまた目標を掲げ、充実した人生を自分なりに努力したいと思っています。以上です。

Sさんのプロフィール

過去利用したサービス：小規模通所授産施設、精神作業所（地域活動支援センター）

現在利用中のサービス：精神科デイケア

その他：25歳で統合失調症を発症。パニック発作が起こって以来、最寄駅までのバスに乗れなくなり毎朝35分間歩いてデイケア通所している。「有り得ない」と頭では解っていても知人への被害念慮や関係妄想が拭い去れず対人関係が辛い。

今回このお話を受けたのは、私は仕事をしていないので社会に何も貢献していませんが、こういう形で社会に貢献できるのではないかと思ったからです。

まず私の発病のいきさつから。私は専門学校を卒業してからピアノの販売会社に就職したのですが、それが1年半で倒産してしまったのです。そこで専門学校時代の学校の先生から出版関係の事務所に来ないかと誘われ、入社しました。池袋にあったのですが、夜の10時ごろまで働いて、帰ってくるのが12時なんて言うのはざらで、結構きつかったのです。

調子が悪くなったのが、勤めてから約半年経ったときからです。後ろの女性の同僚が私の悪口を言っているように聞こえ始めました。そこで同僚にそのことを話したら、本人たちはそんなことを言っていないよと言うのですが、どうしても納得がいきませんでした。休みをとってハローワークで横浜市立トレーニングセンターと言うところを見つけ出して、自立訓練法やカウンセリングを受けました。一か月ほどで職場に戻ったのですが状況が変わらず、結局この仕事はやめることになってしまいました。

25歳の時に精神科を受診し、先生は普通のノイローゼではないかと言われましたが、仕事が全然続かなくなっていました。長くて1年、半年、一番短くて1日で辞めたこともありました。正にフリーター状態になってしまい、その間も精神科でもらった薬の副作用で、じっとしていられなくなったり、注射を打ってもらいに行ったりした。

34歳の時に症状が更に悪くなって、入院ということになって3カ月精神病院に入院しました。3か月たって退院してきて、就労は無理だと感じて、精神障がい者が集まっているいろいろな話をしたりする保健所の生活教室に参加し始めました。

そこで新しい作業所が出来ると言う説明会があって、その作業所に参加することに決めて、体験通所と言う形で活動を始めました。散歩などもあって何とか通えました。お菓子作りの先生の協力を得てパウンドケーキやクッキーなどのお菓子作りを始めましたが、それは少しストレスでした。ヨガや造形などのプログラムもあり、非常に充実した日を過ごしてきました。

入院していた時の先生が開業することになって私はそのクリニックに移りました。わたしは尿病を患っており、主治医は知っているはずなのに、ジプレキサという精神病の薬は糖尿病には使ってはいけない薬を出されました。ジプレキサは気持ちをアップさせる薬で、良かったのですが、糖尿病が悪くなってきたので、他の薬に突然変更になり、薬が変わった途端に、突然気力がガガ〜ンとなくなりました。ほかの薬に変えても気分は上がらず、作業所に通えなくなっていました。

しばらく休んで少しずつ通い始めたのですが、周りの人たちとのコミュニケーションが全然取れなくなり、週に1日か2日くらいしか通えませんでした。

その頃に床屋に行ったのですが床屋の中で不安発作を起こしてしまい、心臓がバクバクバクバク言って止まらない状態になってしまい、すごい怖い思いをしたのです。それがきっかけで混んだバスや電車に乗ることや人混みが非常に不得意になって外出にも影響が出てくるようになったのです。

45歳で9年間通っていた作業所を退所して、暫く引きこもっていたが、この近くにある作業所に行きましたが、人が話しているのを聞くと自分の悪口を言われているような、話を自分のことと関連付けてしまう妄想が出てしまい、居られない状態になってしまうのです。

そこも休ませてもらうことにして、クリニックのデイケアに通うことになりました。

プロフィールにもありますように、パニック発作のため、作業所へのバスが朝非常に混む路線なので、怖くてバスに乗れないので、内科の先生とも相談して糖尿病があるので駅まで35分歩きました。地下鉄にも乗らなければならないのですが、地下鉄は11分と短くどうにか乗れたので通えました。

私の目標としてはデイケアに週4~5回は通えるようにしたいと思っています。ひとつ心の支えがありまして、私は子供のころからクラリネットをやっていました。中断もあったんですが先生について習っていてそれが今生きがいになっています。それは一生続けていきたいと思っています。たった一度の人生ですから、頑張ってどんな仕事でもいいから職について親を安心させたいと言うのが私の望みです。

Sさんのプロフィール

過去利用したサービス：生活教室（保健所デイケア）、精神科デイケア、精神作業所（地域活動支援センター）「作業所」

現在利用中のサービス：生活支援センター

その他：20代で統合失調症を発症。元々は内気で慎重な性格で引きこもりも長かったが、現在は友人間をつなげる存在に。ホームヘルパー2級の資格取得を機に、ヘルパーや地域活動支援センター非常勤職員として就労し、作業所ボランティアさんと結婚した。最近、当事者としての講演依頼が増えている。妻との2人暮らし。

僕はこれまでの体験をお伝えします。僕は現在五つの場でピアヘルパーとして活動しています。

ピアと言うのは仲間、同志という意味で精神障がいの方のお宅に伺ってヘルパーをしています。その他に週一回生活支援センターでストレッチなど体操のリーダーとして活動しています。

僕は、子どものころから内向的な性格で、幼稚園の頃母など周りの人に洋服を着させてもらっていたそうです。小学校に入学し自分で着替えなければならない時に着替えられない。それで泣いていると幼馴染の女の子に着せてもらって何とか泣きやむというそんな子でした。そういう風に成長してきて高校生くらいになると、自分は何になれるのか、何にもなれないんじゃないかという感覚がものすごく強くなってきて泣いていたのです。母親が過保護と言うこともありまして、いろんなことでコンプレックスを持っていました。例えば自転車に乗れないとか人が出来ることが自分にはできないというコンプレックスがありました。

そんなことで高校生くらいで何にもなれないと悩み、21歳くらいで父親が他界しました。父親は酒、たばこ、食事で節制が出来ない人で、糖尿病とか肝硬変とがんと併発して亡くなりました。

そのことも影響していると思うのですが、23歳で統合失調症を発症しました。妄想で自分が救世主だと考えてしまいました。父が他界して引きこもりになっていたのですが、「自分はこんなもんじゃない」と自分を過大評価し始め妄想がどんどん膨らんでいきました。ノストラダムスの大予言とかがはやっていて、その中に「救世主よ、出てきて下さい」というようなくだりがあり、自分が救世主

だと思い込んで、結局それで暴れてしまい、家の中のものを放り投げて外に出してしまったりして、そのまま救急車で精神病院の方へ行き、入院になりました。

電気治療も受け、だんだん症状も治まり半年で退院できました。しかし、家に戻っても引きこもりの状態が8年くらい続きました。引きこもっているときに時々バイトはするんですが、3日と続かないで1日で辞めることもしばしばという状態でした。

その後、28歳の時にまた再発しました。この時は自分が「悪魔なのではないか」と言う妄想でした。こんなに人生がうまくいかないのは、自分の行いが悪いからではないかと自分を責め続け、「自分は悪魔だ」という結論を出して入院しました。

2ヶ月で退院できたのですが、退院した時に考えたことは、これは仕事に就くと言うよりも、人間関係を円滑に進めるようにしなければ何も進まないのではないかと考え始めました。

そこで、保健所で週一回やっている生活教室に出ることにしました。生活教室では、障がいのある方が集まっていろんなレクリエーションをしたりします。そこに通い始めてYさんやSさんのような同世代の友達もできて、僕らの世代はウルトラマンの世代でその話で盛り上がる友達が出来て、週一回でも外出するのが楽しくなって通うようになりました。

それから、横浜市総合保健医療センターのデイケアに5年くらい通いました。

もうちょっとステップアップしようと作業所に通うことにしました。作業所の施設長からヘルパーの資格をとってみないかと勧められ、そうしました。でもその時僕は、老人ホームなどの実習でうまくいかなくて、ワーカーさんに相談して、「もう僕は無理だからやめたい」と言いました。僕はそのワーカーさんに、「それならもうやめた方がいいよ」と言ってほしかったんですが、そのワーカーさんは、「ここまで頑張ったんだから頑張ってとにかくヘルパーの資格だけでも取りなさい」と、背中を押してくれたので、ヘルパーの資格が取れました。

資格は取れましたが、自信はほとんどなくなっていたので就労には結びつきませんでした。そんなときボランティアの方と知り合い、その人と結婚することになりました。結婚することになったので仕事をしなければいけないので、ヘルパーの仕事を始めました。その時の上司が仕事をしていく中で小さな壁を作り、その壁は乗り越えられたらさらに小さな壁を作り、そこをまた乗り越えられたら更に高い壁を作りと言うことでステップアップする方法で指導をしてくれました。そのおかげで、何とか今ピアヘルパーとして活動しています。

仕事のおかげで、昔から僕は太っていて88キロくらいあったのですが、今56キロくらいまで減量しまして、糖尿病だったのですが、今では薬も飲まないで生活できるようになり、とにかく生活を支えるためにピアヘルパーとして頑張っている次第です。

参考資料

精神障害者の情報を得る機関等のホームページ

厚生労働省 みんなのメンタルヘルス総合サイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/>

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研修情報

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/kenshu/index.html>

精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>

全国保健所長会(全国の保健所一覧です)

<http://www.phcd.jp/HClst/HClst-top.html>

全国精神保健福祉センター長会(全国の精神保健福祉センターにアクセスできます。)

<http://www.acplan.jp/mhwc/centerlist.html>

NPO法人地域精神保健福祉機構・コンボ

<http://www.comhbo.net/>

「こころの元気+」は2007年3月に創刊されたメンタルヘルスマガジンです。メンタルヘルスというと、医療的な知識が中心の雑誌をイメージされると思います。もちろん、医療的な知識はとても重要です。ですから、この雑誌には、最新の知識に基づく医療的な情報もたくさん掲載しています。それを書いてくださる筆者の方も、第一線で活躍されている方ばかりです。～ホームページより転載～



公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)

<http://seishinhoken.jp/booklets>

(この啓発冊子はダウンロードできます)

目次

- 統合失調症はどんな病気か — 2
- 統合失調症の経過と症状 — 6
- 治療とリハビリテーション — 12
- 統合失調症の「障がい」とは? — 18
- 家族の接し方・対応の仕方 — 20
- 生活を支援するサービス — 28
- 暮らしに役立つ福祉制度 — 34
- 家族会に参加しませんか — 40
- わたしたちの会「全国精神保健福祉会連合会」 — 44
- 都道府県家族会連合会一覧 — 46



参考資料

統合失調症ハンドブック

<http://www.risperidone-amel.jp/about/data/handbook.pdf>

(共和薬品工業株式会社提供)

下記の冊子はダウンロードできます



合会に加盟するの1つの方法です。

みんなのこころ（財団法人）全国精神保健福祉会連合会
http://seishihoken.jp/noudan/index.html
〒170-0013 東京都豊島区東池袋1-46-13
セリナビル2020
TEL 03-6907-5211 FAX 03-3967-5486
電話番号 03-6907-5212
月会費 1000-1500(1200-1300は会費別)



障害者自立支援法関連の福祉制度 (2009/1/1現在)

「障害者自立支援法」は、複雑な事業体系や福祉サービスの統廃といった問題を解決するために、2009年4月1日から施行されました。その大きな特徴は、障害者支援の拠点を「保護」から「自立」に転換している点です。

● 障害者自立支援法関連の福祉制度については、自治体の福祉課や障害者支援センターにお問い合わせください。また、上記の相談窓口を通じてお問い合わせください。

● 独立行政法人障害者支援法関連のホームページに障害者自立支援法がわかりやすく紹介されています。
(<http://www.wam.jp/> / <http://www.wam.jp/>)



● その他の相談機関

全国保健所協会(全国保健所一環)
http://www.phod.jp/IClist/IClist_top.html
全国の保健所には精神保健福祉センターが設置してあるものと、保健所併設の相談窓口が設置してあるものとがあります。また、保健所併設の相談窓口が設置してあるものと、保健所併設の相談窓口が設置してあるものとがあります。

全国の精神保健福祉センター
国の定めた法律によって各都道府県に設置された施設です。利用相談窓口、電話相談窓口など、各都道府県が独自の体制で運営しています。相談窓口の情報は各都道府県のホームページに掲載されています。また、各都道府県のホームページに掲載されています。

日本いのちの電話(全国いのちの電話)
http://www.fonds.jp/
24時間対応の相談窓口です。24時間対応の相談窓口です。24時間対応の相談窓口です。

統合失調症ネットワーク
http://human.kids.ne.jp/
統合失調症の患者、家族や関係者の意見が公開されています。



精神医療情報総合サイト e-らぼーる

精神障害者に関する法律や医療情報を概観できます。

(吉富薬品株式会社提供)

<http://www.e-rapport.jp/team/clinicalpath/sample/sample01/01.html>

メンタルナビ

病名別や症状について簡単な説明がなされています。

(ヤンセンファーマ提供)

<http://www.adhd-navi.net/index.html>

「精神障がい者地域生活支援入門講座」テキスト作成検討委員

氏 名

所属等

堂 本 暁 子 検討会委員長

田 島 光 浩 委員：主任研究者 社会福祉法人 南高愛隣会

岩 上 洋 一 特定非営利活動法人 じりつ

岡 山 慶 子 株式会社 朝日エル

門 屋 充 郎 特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会

杉 江 拓 也 鳥取大学医学部

田 村 綾 子 社団法人 日本精神保健福祉士協会

山 田 優 日本グループホーム学会

事務局

田 島 良 昭 社会福祉法人 南高愛隣会

江 星 勇 社会福祉法人 南高愛隣会

吉 岡 祐 二 社会福祉法人 南高愛隣会

武 田 牧 子 テキスト作成責任者：社会福祉法人 南高愛隣会東京事務所

平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

【課題 26】精神障がい者の地域生活支援技術研修会

「精神障がい者地域生活支援入門講座」テキスト

編集・発行責任者 社会福祉法人 南高愛隣会（コロニー雲仙
理事長 田島良昭

〒859-1215 長崎県雲仙市瑞穂町古部甲 1572

Tel 0957-77-3600(代) Fax 0957-77-3966

E-mail:unzen@airinkai.or.jp

URL <http://www.airinkai.or.jp>

問 い 合 わ せ 先 社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所

〒 東京都荒川区東日暮里 5-10-2

Tel 03-3806-6912 Fax03-3806-6913

E-mail:tokyo-n@airinkai.or.jp

URL <http://www.airinkai.or.jp>

発 行 日 2011 年 3 月 31 日初版

印 刷 所 社会福祉法人 あしなみ Z I P

